

Zorg Proeftuinen Vlaanderen

*Een inhoudelijke vergelijking van de platformen en
projecten bij de start*

Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg (KIO)*

januari 2015

*KIO is een interuniversitair en hogescholenconsortium dat innovaties in de ouderenzorg in Vlaanderen onderzoekt. Het consortium bestaat uit Mark Leys & Lien Pots (OPIH-VUB), Ellen Gorus & Charlotte Brys (GERO-VUB), Ezra Dessers, Geert Van Hootegeem & Hakim Benichou (CESO-KUL), Marc Jegers (iCher), Patricia De Vriendt & Juul Lemey (Arteveldehogeschool), Bart Jansen (ETRO-VUB), Bart Mistiaen & Bart Grimonprez (HOWEST). Het consortium wordt gefinancierd door het Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT).

Samenvatting

Inleiding

In 2012 lanceerde de Vlaamse Overheid een oproep voor de opstart van Zorg Proeftuinen die zich richten op innovaties in de ouderenzorg. De uitvoering van de opdracht wordt beheerd door het IWT. De 'Proeftuin' wordt gezien als een gestructureerde testomgeving waarin organisaties innovatieve technologieën, producten, diensten en concepten kunnen testen, gebruik makend van een representatieve groep van individuen, die als testers van de innovatie worden ingezet. Er zijn zes Zorg Proeftuin platformen (ZPP) geselecteerd waarop in totaal 23 projecten worden uitgerold.

Methode

Dit rapport maakt een inhoudelijke vergelijking van de platformen en projecten aan de hand van een planevaluatie. Er is eerst gestart met een inhoudelijke beschrijving en typering zoals de overheid de opdracht Zorg Proeftuinen in formele documenten typeert. Verder staat dit rapport stil bij de ingediende platform- en projectvoorstellen aangevuld met inzichten uit semi-gestructureerde interviews afgenomen bij de platform- en projectcoördinatoren over de innovatiedoelstellingen, de doelgroepen (ouderen, mantelzorgers), het samenwerkingsverband, de arbeidsorganisatie, de reikwijdte van het platform en project en technologie.

Resultaten

Het overheidsprogramma werkt in de lijn van de beleidsdoelstellingen over 'vermaatschappelijking van de zorg'. In het programma staan een aantal richtinggevende principes. Het voornaamste doel van de 'Proeftuin' is om de innovatie bij te sturen en/of te versnellen of om toekomstige noden te capteren om innovatie uit te lokken. Producten en diensten worden in een waarheidsgetrouwe en reële alledaagse omgeving getoetst met het oog op een latere verdere uitrol. De programmateksten zijn echter relatief open in die zin dat veel ruimte wordt gelaten aan platformen en projecten om hun interpretatie te maken van de doelstellingen van het programma. Hoewel de onderliggende redenering een onderscheid maakt tussen een platform en een project, geeft het programma in de oproep relatief weinig sturing aan de wijze waarop de relatie tussen platform en project vorm kan krijgen. Er worden richtinggevende principes uitgezet over wat het platform is als infrastructuur maar het interpretatiekader is breed.

Alle ZPP hernemen in hun projectvoorstel de drie hoofddoelstellingen uit het overheidsprogramma met betrekking tot ouderen: met name *ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven; de thuisomgeving verbeteren en ouderen actief laten participeren om vereenzaming tegen te gaan*. Op projectniveau zijn meer accentverschillen te ontdekken. Projecten met een sociale focus die zich uitrollen op buurt- en wijkniveau streven expliciet de drie hoofddoelstellingen na. Zeven projecten zetten in op alle programmadoelstellingen. Opvallend is dat in twee projecten geen van de programmadoelstelling met betrekking tot ouderen is opgenomen. Achttien projecten vermelden *langer zelfstandig thuis wonen* expliciet, drie projecten impliciet. Negentien projecten vermelden de hoofddoelstelling *de thuisomgeving verbeteren* expliciet, één project impliciet. Zes projecten verwijzen expliciet naar *sociale participatie aanmoedigen om vereenzaming tegen te gaan*, twee projecten impliciet.

Alle ZPP vermelden het belang van mantelzorg in hun actieplan. Vier ZPP zetten in op innovaties die mantelzorgers direct ondersteunen, voornamelijk door hun draaglast te verlagen en hun draagkracht te verhogen. Opmerkelijk is dat niet alle platformen en projecten mantelzorgers opnemen in hun testpanel. Hoewel niet expliciet vermeld, kunnen alle projecten een indirect effect hebben op mantelzorg. De initiatieven die opgezet worden zullen trachten de biopsychosociale draaglast, financiële lasten en benodigde tijd voor mantelzorgtaken te verlagen en de sociale steun en samenwerking met professionele zorgverleners verbeteren. Er worden geen innovaties ontwikkeld die de sociale draaglast kunnen verminderen of de fysieke en mentale draagkracht van mantelzorgers kunnen verhogen.

In de platformen wordt niet gesproken over arbeidsorganisatie: dat is opvallend omdat de organisatie van het werk in een thuisomgeving allicht gevolgen kan hebben voor de wijze waarop zowel de formele als de informele zorgverstrekkers meer op elkaar moeten worden afgestemd en omdat innovaties ook inspelen op het vraagstuk van integrale en geïntegreerde zorg. Enkel op projectniveau wordt in drie projecten het aspect werk expliciet naar voor geschoven.

Alle platformen zetten expliciet in op het gebruik van informatie en communicatietechnologie om gegevens uit te wisselen tussen de verschillende actoren en/of om diensten aan te bieden aan de ouderen. Vijf ZPP gebruiken een volledig commercieel ICT platform (waarvan 3 beroep doen op Cubigo), één ZPP gebruikt een deels publiek, deels privaat platform. Op projectniveau zien we dat 4 projecten heel expliciet inzitten op het gebruik van innoverende technologie in de woning van de oudere met als rechtstreeks doel de zelfstandigheid van de oudere in de thuisomgeving te vergroten.

Platformen verschillen sterk wat betreft de samenstelling (het netwerk van partners) en de manier waarop ze het partnerschap besturen. Alle platformen hebben partners uit verschillende sectoren met het oog op de open innovatiedoelstelling van het programma. Echter, bij sommige projecten is er minder sprake van een open multisectoriale samenwerking. De voorstellen besteden weinig aandacht aan duurzaamheid van de platformen.

In het overheidsprogramma staat aangegeven dat de platformen regionaal of lokaal gebonden worden ingericht. In vijf Vlaamse provincies wordt een platform opgericht. Eén platform is ook actief in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Twee platformen oriënteren zich op buurten of wijken. De platformen werken meer met buurtgerichte of lokale organisaties. De andere platformen willen een bredere regio bedienen en verwijzen minder naar "lokale" partners.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	8
2. Doelstelling rapport	10
3. Methode	11
4. Resultaten	13
4.1. Het overheidsprogramma	13
4.1.1. Een gelaagd programma-ontwerp	13
4.1.1.1. De kern van het programma	14
4.1.1.2. Begeleidingsorganen	15
4.1.2. Doelstellingen van het programma	16
4.1.2.1. Ouderen	16
4.1.2.2. Mantelzorgers	20
4.1.2.3. Professionele zorgverleners	20
4.1.2.4. Vrijwilligers	20
4.1.2.5. Zorgverlening	20
4.1.2.6. Samenwerking	22
4.1.3. Kritische reflectie	23
4.2. De platformen	24
4.2.1. De wijze waarop de platformen het overheids-programma invullen ..	24
4.2.1.1. Het werkingsgebied	24
4.2.1.2. Ouderen	26
4.2.1.3. Mantelzorgers	33
4.2.1.4. Zorgverlening	36
4.2.1.5. Technologie	39
4.2.1.6. Samenwerking	39
4.2.2. Inzichten uit de literatuur	43
4.2.2.1. Ouderen	43
4.2.2.2. Mantelzorgers	48
4.2.2.3. Zorgverlening	50
4.2.2.4. Samenwerking	52
4.2.3. Kritische reflectie	57
4.3. De projecten	60

4.3.1.	De wijze waarop de projecten het overheidsprogramma invullen	60
4.3.1.1.	Ouderen	60
4.3.1.2.	Mantelzorgers.....	67
4.3.1.3.	Zorgverlening	69
4.3.1.4.	Technologie	69
4.3.1.5.	Samenwerking.....	70
4.3.2.	Inzichten uit de literatuur	72
4.3.2.1.	Ouderen	72
4.3.2.2.	Mantelzorgers.....	73
4.3.2.3.	Samenwerking.....	75
4.3.3.	Kritische reflectie	77
4.4.	Clustering.....	80
4.4.1.	Per thema	80
4.4.2.	Niveaus van functioneren waarop de innovatie is gericht.....	82
4.4.2.1.	Leeftijdsvriendelijke omgeving.....	83
4.4.3.	Type ondersteuning van mantelzorg	85
4.4.4.	Rol van kennisinstellingen in het netwerk.....	87
4.5.	Ervaringen bij de opstart.....	89
4.5.1.	Structuur van het programma Zorg Proeftuinen.....	89
4.5.2.	De snelle opstart van het programma	90
5.	Discussie	91
5.1.1.	Methodologische sterktes en zwaktes	91
5.1.2.	Inhoudelijke reflecties.....	92
5.1.2.1.	Het overheidsprogramma	92
5.1.2.2.	Samenstelling van de panels	94
5.1.2.3.	Ouderen	95
5.1.2.4.	Mantelzorgers.....	97
5.1.2.5.	Zorgverlening	97
5.1.2.6.	Samenwerking.....	97
	Aanbevelingen	99
	Bijlagen	107
	Bijlage 1: Omschrijving focus platformen.....	107
	Bijlage 2: Omschrijving algemene innovatie-doelstelling projecten	109
	Bijlage 3: Interviewguide.....	113

Bijlage 4: Overzicht afgenomen interviews.....	116
Bijlage 5: Resultaten doelstellingen platformen	120
Bijlage 6: Rekruteringsstrategie mantelzorgers bij de platformen	126
Bijlage 7: Visie platformen op mantelzorg	127
Bijlage 8: Overzicht hoofd- en medeaanvragers platformen en projecten naar sector	128
Bijlage 9: Active ageing determinanten platformen.....	141
Bijlage 10: Strategische bestuursorganen per platform op basis van documentanalyse	144
Bijlage 11: Gebruikerscommissie/stuurgroep.....	147
Bijlage 12: Operationele bestuursorganen per platform op basis van documentanalyse	149
Bijlage 13: Resultaten doelstellingen projecten	152
Bijlage 14: Inclusiecriteria projecten doelgroep ouderen.....	169
Bijlage 15: Visie projecten op 'ouderen' en 'ouder worden'	171
Bijlage 16: Active ageing determinanten projecten	173
Bijlage 17: Focus op de verschillende componenten van draaglast en draagkracht door de projecten	183
Bijlage 18: Overzicht bestuursorganen per project op basis van documentanalyse	186
Bijlage 19: Rekruteringsstrategie mantelzorgers projecten.....	190
Bijlage 20: Visie van de projecten op mantelzorg	192
Bijlage 21: Focus op de verschillende componenten van draaglast en draagkracht van de platformen.....	194

1. Inleiding

Eén op vier Vlamingen is vandaag ouder dan zestig jaar. Door het verouderen van de babyboomgeneratie zal deze verhouding in 2040 verhogen tot één op drie en door de “verzilvering” van de bevolking zal in de komende decennia het aantal tachtigplussers verdriedubbelen. Deze demografische evolutie leidt tot een sterk stijgende zorgvraag in Vlaanderen (Departement Economie, Wetenschap en Innovatie, Vlaamse Overheid, 2013). Hiermee gepaard wordt gevreesd voor een tekort aan hulpverleners. Tegen 2020 wordt bijvoorbeeld een tekort van ongeveer één miljoen verpleegkundigen verwacht in Europa (Ellenbecker, 2010).

Tezelfdertijd is er sprake van een evolutie in de plaats waar de zorg wordt toegediend. Veel ouderen verkiezen om zo lang mogelijk thuis te wonen en zo dicht mogelijk bij hun gekende (sociale) omgeving en familie te blijven (Panigrahi, 2009). In Vlaanderen adviseert de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid & Gezin (SARWGG) (2012) dat professionele zorg- en ondersteuningssystemen pas in actie komen wanneer ze nodig zijn en enkel daar waar ze nodig zijn. Dat impliceert dat hoog wordt ingezet op zelfzorg, mantelzorg en op zorg in de thuisomgeving. Zowel de SARWGG (2012) als het IWT (2012bis) pleiten voor integrale zorg waarbij de zelfzorg van ouderen en mantelzorg waar nodig aangevuld worden met professionele zorg.

Om deze uitdagingen in de ouderenzorg aan te gaan heeft toenmalig Minister van Innovatie, Ingrid Lieten, in 2012 de ‘proeftuin Zorginnovatie’ of ‘Zorg Proeftuin’ in het leven geroepen. Via de Zorg Proeftuinen tracht de Vlaamse Overheid innovaties in de ouderenzorg aan te moedigen en de versnipperde innovatie-initiatieven in het Vlaamse landschap tegen te gaan. IWT (2012bis) definieert de ‘Proeftuin’ als een gestructureerde testomgeving waaring organisaties innovatieve technologieën, producten, diensten en concepten kunnen testen, gebruik makend van een representatieve groep van individuen, die als testers worden ingezet in hun eigen leef- en werkomgeving. Het voornaamste doel van de ‘Proeftuin’ is om de innovatie bij te sturen en/of te versnellen of om toekomstige noden te capteren om innovatie uit te lokken (IWT, 2012bis). Een proeftuin onderscheidt zich van initiatieven waarbij onderzoek en ontwikkeling wordt gedaan in labo-omstandigheden. Producten en diensten worden in een waarheidsgetrouwe en reële alledaagse omgeving getoetst met het oog op een latere verder uitrol (IWT, 2012bis). Bij deze methodiek is de eindgebruiker intensief betrokken bij de ontwikkeling en bijsturing van de innovaties (iMinds, 2014).

De Zorg Proeftuinen zoeken aansluiting met internationale initiatieven en andere Vlaamse onderzoeks- en innovatietrajecten in zorg (zoals bijvoorbeeld de demonstratieprojecten van Flanders' Care en de IWT O&O bedrijfsprojecten in de zorg (IWT, 2012bis)). Tezelfdertijd wordt gewerkt in de lijn van de beleidsdoelstellingen omtrent 'vermaatschappelijking van de zorg'. Hierbij verwacht de overheid van haar burgers dat ze een engagement en laagdrempelige zorgtaken opnemen. Bovendien wil men de participatie van burgers vergroten en eindgebruikers actief te betrekken in innovatieprocessen (Koops & Kwekkeboom, 2005; Willemé, 2010).

Binnen het programma van de Zorg Proeftuinen zijn zes platformen en 23 projecten actief (figuur 1). In de eerste fase (september 2012) werden vier platformen en tien projecten geselecteerd. Na een tweede oproep voor projecten (september 2013) werden er nog acht bijkomende projecten geselecteerd. In februari 2014 (CareVille) en juni 2014 (Online Buurten) werden twee bijkomende platformen en hun projecten (n=5) opgenomen. Een korte beschrijving van de algemene innovatiedoelstelling van alle platformen is te vinden in bijlage 1, van de projecten in bijlage 2.



Figuur 1. Platformen en projecten binnen het programma 'Zorg Proeftuinen' (iMinds, 2014).

2. Doelstelling rapport

In dit rapport wordt geanalyseerd op welke wijze de initiatiefnemers bij de opstart betekenis geven aan de platformen en de projecten vanuit het concept “innovatie in de ouderenzorg”. In de methodologie van het evaluatieonderzoek wordt dit ‘planevaluatie’ genoemd (Leeuw, 2003; Rossi, Freeman, & Lipsey, 1999; Swanborn, 1999).

Het rapport bestaat uit drie grote delen, namelijk:

- hoe de overheid het kader en doelstellingen van het programma formuleert;
- hoe de platformen worden vormgegeven door het overheidsprogramma te interpreteren;
- hoe de projecten bij de start worden vormgegeven.

De nadruk ligt op het beter begrijpen van de achterliggende redenering, de doelstellingen en de werkwijze bij het opzetten van projecten en platformen op basis van de documenten en verhalen van de betrokkenen. Daarnaast wordt getracht om de overeenkomsten en verschillen tussen de platformen (en de projecten die ze huisvesten) bloot te leggen. Dit rapport heeft niet tot doel individuele platformen of projecten te evalueren. Op basis van de bevindingen worden op het einde van dit rapport een aantal aandachtspunten naar voor geschoven.

3. Methode

De planevaluatie werd opgezet aan de hand van een documentenanalyse en semi-gestructureerde interviews. De volgende documenten werden hiervoor gebruikt:

- 'Handleiding platformen en projecten voor de proeftuin zorginnovatieruimte Vlaanderen';
- de actieplannen of projectaanvragen van de individuele platformen en projecten.

Er werd een inhoudsanalyse uitgevoerd voor zes verschillende thema's, namelijk:

- de innovatiedoelstellingen;
- de doelgroepen;
- het netwerk, de partners die samenwerken;
- de arbeidsorganisatie;
- het werkingsgebied;
- de technologie.

De analyse gebeurde in verschillende stappen via continue vergelijking. In een eerste analysefase werd voor ieder thema alle relevante informatie uit de documenten geëxtraheerd. In een volgende fase werd aan de hand van deze informatie per thema op beschrijvende wijze in kaart gebracht hoe aan de verschillende initiatieven (platformen en projecten) vorm werd gegeven door de initiatiefnemers. In een derde fase werd dit vergeleken met enerzijds de programmadoelstellingen en anderzijds met wetenschappelijke literatuur.

In de eerste twee analysefasen is onderzoekerstriangulatie om de kwaliteit van het onderzoek te verhogen (Denzin, 1989). Per thema maakten twee onderzoekers telkens een aparte analyse die vervolgens werd vergeleken. Verschilpunten in bevindingen werden met de gehele onderzoeksgroep (vijf onderzoekers) besproken en verijnd.

Na afloop van de documentanalyse werden semi-gestructureerde interviews met vertegenwoordigers van de platformen uitgevoerd (bijlage 3). De interviews hadden enerzijds tot doel verduidelijkende vragen te stellen over de inhoud en doelstellingen van projecten en platformen, anderzijds om inzicht te krijgen in het proces dat aan de basis lag van het uitwerken van de projecten en platformen. Daarnaast werden de inzichten uit de documentenanalyse afgetoetst bij de initiatiefnemers. (memberchecking (Hannes, 2011)).

Er werden geen interviews afgenomen op het niveau van de “overheid”. De interviews werden afgenomen bij de platform- en projectcoördinatoren, soms aangevuld met bijkomende partners uit het platform of project (bijlage 4). De platformcoördinatoren werden via e-mail gecontacteerd door de onderzoekers. De projectcoördinatoren kregen tevens een uitnodiging via e-mail, rechtstreeks via de onderzoekers of via de betreffende platformcoördinator.

Voor het merendeel van de interviews waren telkens twee onderzoekers aanwezig. Eén onderzoeker stelde de vragen terwijl de andere onderzoeker veldnotities nam. De interviews werden met digitale recorders opgenomen. De interviewlocaties werden telkens gekozen door de coördinatoren en gingen meestal door in een rustige ruimte. De interviewduur varieerde tussen 45 minuten en 150 minuten. In totaal werden 29 interviews afgenomen. Ieder platform en ieder project werd geïnterviewd. De projecten van Antwerpen en Brussel op het platform AZoB werden afzonderlijk geïnterviewd. Voor de drie Brusselse projecten is één gemeenschappelijk interview afgenomen.

De inzichten uit de interviews werden op dezelfde methodologische manier verwerkt als bij de documentenanalyse. Aanvullende inzichten uit de interviews werden geïntegreerd in de analyse.

4. Resultaten

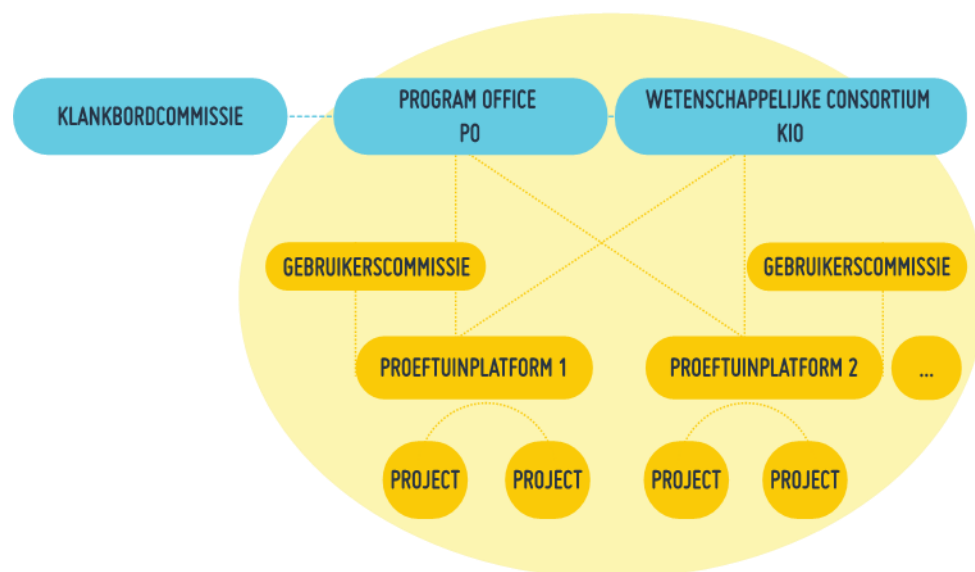
4.1. Het overheidsprogramma

In dit deel wordt de inhoud van het overheidsprogramma besproken. Hierbij wordt zowel ingegaan op de structuur als op de doelstellingen van het programma.

4.1.1. Een gelaagd programma-ontwerp

De Zorg Proeftuin is een "gelaagde" interventie. De structuur van de Zorg Proeftuinen is in vergelijking met internationale 'living labs' (Cfr. European Network Of Living Labs, 2014) of andere proeftuininitiatieven in Vlaanderen uniek als ontwerp.

De "kern" van de interventie wordt omkaderd met een aantal begeleidende organen (figuur 2).



Figuur 2. Structuur Zorg Proeftuinen (iMinds, 2014)

4.1.1.1. De kern van het programma

In het overheidsprogramma staan een aantal richtlijnen over wat het concept Zorg Proeftuin beoogt te zijn. Naast de in de inleiding geschetste principes, komen nog andere aspecten aan bod:

De Zorg Proeftuin als overkoepelend programma bestaat uit één of meerdere proeftuinplatformen. De platformen kunnen in Vlaanderen regionaal of lokaal gebonden worden ingericht (IWT, 2012bis).

Het platform dient in te zetten op een *duidelijke visie, duurzaamheid, continuïteit, partnerschap en structuur*. Deze termen zijn algemeen gebruikt, er wordt weinig toelichting bij gegeven.

Een platform bestaat uit een infrastructuur, een ondersteunende structuur voor de algemene werking en een testpopulatie (representatieve groep van eindgebruikers) (IWT, 2012bis). Het begrip "infrastructuur" wordt gepreciseerd als een "ondersteunende structuur voor de werking van een testpopulatie": met andere woorden er gaat veel aandacht naar het realiseren van een testpopulatie. Het platform beheert onder meer een panel van deelnemers. Dit panel bestaat uit ouderen, mantelzorgers, vrijwilligers, professionele hulpverleners en partner organisaties. Bij aanvang van de samenstelling van het panel, ligt de focus voornamelijk bij de ouderen. Naar de toekomst toe is het de bedoeling dat ook de andere actoren betrokken worden binnen het panel.

Elk platform dient een stuurgroep/gebruikerscommissie op te richten die de volledige zorg- en waardeketen omvat (eindgebruikers, mantelzorgers, overheden zoals steden en gemeenten, beleidsvoerders, zorgverstrekkers, bedrijven,...) (zie figuur 2). Wat bedoeld wordt met de zorg- en waardeketen wordt niet gepreciseerd. De leden van de gebruikerscommissie engageren zich om actief mee te werken aan het proeftuinplatform. De gebruikerscommissie bepaalt hoe ingestaan wordt voor het algemeen en administratief beheer, de technische ondersteuning, de selectie en het beheer van de testpopulatie, de organisatie van het gebruikersonderzoek en de marketing van het platform. De leden engageren zich om na afloop van het platform de resultaten maximaal te gebruiken (IWT, 2012bis).

Op het platform worden projecten uitgevoerd door partners van het platform en eventueel door andere partijen (IWT, 2012bis).

4.1.1.2. Begeleidingsorganen

Rond deze "kern" worden tal van begeleidingsorganen gebouwd. Voor elk van deze organen is een rolbeschrijving gemaakt (zie figuur 2).

Het Program Office (PO), onder leiding van iMinds, verzorgt de overkoepelende coördinatie van de Zorg Proeftuin Vlaanderen om te vermijden dat de verschillende platformen en projecten als losstaande infrastructuren en projecten blijven fungeren. Het PO is het centraal aanspreekpunt. Daarnaast staan zij in voor de methodologische ondersteuning van de platformen zodat ze kunnen evolueren naar mature proeftuinen (Zorg Proeftuinen Vlaanderen, 2014; IWT, 2012bis).

Het wetenschappelijk consortium 'Kennisplatform Innovatie Ouderenzorg (KIO)' staat in voor de begeleiding van de platformen en projecten op basis van wetenschappelijke kennis en inzichten. Daarnaast heeft het KIO de opdracht een meetinstrumentarium te ontwikkelen met kernindicatoren m.b.t. de platformen en projecten en het formuleren van beleidsaanbevelingen op basis van de resultaten van de platformen/projecten met het oog op een programmatorische benadering van innovaties in het ouderenbeleid (Zorg Proeftuinen, 2014; IWT, 2012bis).

De Klankbordcommissie is opgericht om de aansluiting met het werkveld te bewerkstelligen, ervoor te zorgen dat er een permanente dialoog ontstaat tussen de actoren in de proeftuinen, de ondernemers in de zorg economie, de (eind)gebruikers en het beleid. De klankbordcommissie opmerkingen en suggesties omtrent lopende initiatieven en geeft ze aanbevelingen voor eventuele bijstellingen. De klankbordcommissie wordt samengesteld uit vertegenwoordigers van Flanders' Care, zorggebruikers en hun vertegenwoordigers, zorgverstrekkers, zorg economische actoren en vertegenwoordigers van VVSG (Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten) (Zorg Proeftuinen, 2014; IWT, 2012bis).

4.1.2. Doelstellingen van het programma

Dit deel staat stil bij de programmadoelstellingen Zorg Proeftuinen met betrekking tot de groepen ouderen, mantelzorgers, (professionele) zorgverlening en betrokken partnerorganisaties.

4.1.2.1. Ouderen

Met betrekking tot de ouderen worden de volgende hoofddoelstellingen naar voor geschoven: (EWI, 2013).

- Ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven;
- De thuisomgeving verbeteren;
- Ouderen actief laten participeren om vereenzaming tegen te gaan.

In de IWT documenten (IWT, 2012bis) worden twee aanvullende criteria vooropgesteld, zij het daar de bredere term zorg-eindgebruiker wordt gehanteerd.

- Zorg-eindgebruiker (client, patiënt, mantelzorger,...) is representatief voor Vlaanderen.
- Zorg-eindgebruiker (client, patiënt, mantelzorger,...) staat centraal in de test- en experimenteerfasen maar ook bij de ontwikkeling, toetsing en bijsturing van zorginnovatieve projecten. Ouderen dienen in het hele innovatieproces, van de ontwikkeling tot de implementatie, actief betrokken te worden.

De IWT-oproep wordt breed geformuleerd, in die zin dat geen omschrijvingen worden gegeven wat bedoeld wordt met de concepten 'zelfstandig leven', 'thuisomgeving', of 'participeren'. M.a.w. de indieners van de projecten krijgen veel vrijheid om hieraan zelf betekenis te geven. Hier staan we eerst kort stil bij wat deze begrippen kunnen omvatten.

Zelfstandig leven verwijst naar het vermogen van mensen om te functioneren met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg (Vilans, 2013). Er is een direct verband met de notie zelfredzaamheid die op verschillende niveaus ingevuld wordt. Functioneren wordt gedefinieerd als het uitvoeren van activiteiten in het dagelijkse leven (Verbrugge & Jette, 1993). Dit functioneren kan volgens Reuben et al. (1990) op drie niveaus worden omschreven.

- Het eerste "basale" niveau betreft zelfzorg en activiteiten die nodig zijn om in leven te blijven. Voorbeelden zijn eten, kleine transfers binnenhuis, kleden, etc.
- Het tweede "instrumentele" niveau verwijst naar huishoudelijke activiteiten, om onafhankelijk te blijven leven, bijvoorbeeld boodschappen doen, medicatie innemen, kleine klusjes in huis, etc.

- Het "geavanceerde" niveau verwijst naar zelf-ontwikkelingsactiviteiten, onderhevig aan culturele invloeden en persoonlijke voorkeuren. Deze activiteiten zijn nodig om een zelfstandig leven te kunnen behouden, o.a. auto-rijden, afspraken plannen, tuinieren, etc.

Het programma legt weinig gedetailleerd uit wat bedoeld wordt met de thuisomgeving. Er wordt impliciet verwezen naar de woning van de ouderen zelf of een thuisvervangend milieu. Om dit begrip wat meer verfijnd in te vullen kunnen we verwijzen naar het concept 'age friendly cities' (WHO, 2007) of de visie 'leeftijdsvriendelijke omgevingen' uit het Vlaams Ouderenbeleid 2014-2019 (Vandeurzen, 2014). Leeftijdsvriendelijke omgevingen zijn een hefboom voor actief ouder worden (zie tabel 1). Er kan ook aansluiting worden gezocht bij het begrip "buurtgerichte zorg" dat deel uitmaakt van verschillende beleidsteksten en aanbevelingen om de toegankelijkheid van zorg te vrijwaren (Vlaamse resolutie, 2014). Buurtgerichte zorg houdt in dat de zorg voor ouderen op basis van kleinschaligheid en nabijheid georganiseerd en geïntegreerd wordt in de buurt van de ouderen om hen zo lang mogelijk thuis te laten leven.

Tabel 1. Overzicht age friendly city domeinen en aspecten (WHO, 2007).

Domeinen	Aspecten
Publieke ruimte en gebouwen	Bereikbaar, toegankelijk, groene ruimte, veilige voet- en fietspaden, openbare gebouwen, publieke toiletten, aangepaste diensten voor ouderen (bv. aparte wachtrijen) en nabijheid van winkels en diensten.
Mobiliteit	Goed uitgebouwd en toegankelijk openbaar vervoer. Beschikbaar, betaalbaar, betrouwbaar, bereikbaar, voldoende, leeftijdsvriendelijke voertuigen, aangepaste diensten voor ouderen, gereserveerde zitplaatsen en hoffelijkheid van de passagiers, veilig en comfortabel, behulpzaam personeel, voldoende informatie, beschikbaarheid van parking en competenties van de chauffeur.
Wonen	Betaalbaar, comfortabel, aangepast, onderhouden, veilig, geïntegreerd in de gemeenschap, met passende diensten, comfortabel, connectie met familie en de buitenwereld, levensloopbestendig wonen.
Sociaal-culturele participatie	Toegang tot evenementen en activiteiten, betaalbaar, voldoende evenementen en activiteiten, toegankelijke faciliteiten, voldoende promotie en reclame rond activiteiten, aanmoedigen van participatie, bevorderen van integratie in de samenleving.
Respect en sociale inclusie	Respectvol gedrag, intergenerationele interactie en publieke educatie, positief beeld in de media, behulpzame gemeenschap, activiteiten voor families, samenbrengen van generaties, economische inclusie.
Maatschappelijke participatie	Vrijwilligerswerk voor ouderen, betere werkomstandigheden en meer opportuniteiten, flexibiliteit naar oudere werknemers en vrijwilliger, aanmoedigen civiele participatie, opleidingen geven, ondernemende mogelijkheden, waardering van bijdrage ouderen.
Communicatie en informatie	Wijdverspreid, tijdige en correcte informatie, leeftijdsvriendelijk formaat en design, leeftijdsvriendelijke informatie en technologie, de juiste informatie op het juiste moment en informatieverstrekken. Op de hoogte blijven van actuele informatie.
Gezondheid en zorg	Toegankelijke zorg, voldoende gezondheidsdiensten, thuiszorg, preventie, residentiële mogelijkheden indien thuis wonen onmogelijk is, een netwerk van gemeenschapsdiensten, steun van vrijwilligers en zorg in geval van nood.

Het programma formuleert dat participeren tot doel dient te hebben 'vereenzaming tegengaan' en dat inzetten op maatschappelijke participatie van belang is. Participeren kan op verschillende niveaus, met name: individueel, beleidsmatig en maatschappelijk.

De doelgroep ouderen dient representatief te zijn voor Vlaanderen. Intussen is voldoende bekend dat "dé oudere" niet bestaat. De groep ouderen is heterogeen. De diversiteit komt op verschillende vlakken tot uiting zoals gezondheidssituatie, mate van afhankelijkheid, samenlevingsvorm, culturele achtergrond, sociaal-economische status en woonomgeving.

In die diversiteit ontwikkelen zich verschillende behoeften, dit doorheen de levensloop. Een levensloopperspectief biedt de mogelijkheid om evoluties en behoeften vanuit een dynamische visie te bestuderen. Het helpt te verhelderen op welke manier behoeften en noden per levensdomein onderling samenhangen en wijzigen in verschillende fasen van het ouder worden (Liefbroer & Dykstra, 2000). Om die behoeften beter te begrijpen bieden de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en het bio-psycho-sociaal model bruikbare kaders.

Kwetsbare ouderen vragen bijzondere aandacht. Het begrip 'kwetsbaarheid' is een containerbegrip en kan zowel eng (bv. Fried et al., 2001) als breed gedefinieerd worden.

- De enge definitie hanteert een biologisch model en beschouwt iemand als kwetsbaar indien deze een verminderde reserve of weerstand heeft tegen stressoren, resulterend uit een daling van diverse fysiologische systemen.
- De brede benadering omvat zowel fysieke, psychische als sociale aspecten (Rodriguez-Manas *et al.*, 2012). Kwetsbaarheid wordt gezien als een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en sociale problemen die de kans verhogen op negatieve gezondheidsuitkomsten en een impact hebben op het dagelijks functioneren en de maatschappelijke participatie.

4.1.2.2. Mantelzorgers

Uit de hoofddoelstelling (EWI, 2013) kan afgeleid worden dat mantelzorgers ondersteund moeten worden zodat ouderen langer zelfstandig en kwaliteitsvol thuis kunnen wonen en actief kunnen participeren in de maatschappij. Aangezien de kwaliteit van zorg nauw samenhangt met de kwaliteit van mantelzorg wordt in het programma van de Zorg Proeftuinen sterk benadrukt dat innovatieve ideeën om mantelzorgers te ondersteunen nodig zijn.

Innovaties die aanvankelijk op ouderen of hulpverleners gericht zijn kunnen onrechtstreeks ook een effect uitoefenen op de draaglast en draagkracht van mantelzorgers. Bij het ontwikkelen van innovaties dienen mantelzorgers net als ouderen centraal te staan in de test- en experimenteerfasen maar ook bij de ontwikkeling, toetsing en bijsturing van zorginnovatieve projecten. Tevens is het van belang dat het panel van mantelzorgers representatief is voor Vlaanderen (IWT, 2012bis).

4.1.2.3. Professionele zorgverleners

Professionele zorgverleners worden niet expliciet als doelgroep vermeld in het programma van de Zorg Proeftuinen (IWT, 2012bis). Maar in de programmahandleiding staat impliciet dat professionele zorgverleners ook deel uitmaken van de groep eindgebruikers: er wordt verwezen naar testers in de eigen werkomgeving (IWT, 2012bis p5). De term "professionele zorgverleners" verwijst naar de personen die op basis van een diploma of een wettelijke erkenning gemachtigd zijn om tegen betaling zorg of advies over zorg of thuishulp te verlenen (Wet, 2014).

4.1.2.4. Vrijwilligers

Net als de professionele zorgverleners en de mantelzorgers spelen vrijwilligers een potentieel belangrijke rol in de zorgverlening voor ouderen (Vanderleyden en Callens, 2012). Vrijwillige zorgverleners onderscheiden zich van mantelzorgers door het feit dat ze minder vaak zorg verlenen en minder gebonden zijn aan de zorg voor de zorgbehoevende. Vrijwilligers kunnen al dan niet deel uitmaken van een organisatie van vrijwilligers (Van Audenhoven en Declercq, 2007).

4.1.2.5. Zorgverlening

Bij de organisatie van zorg om de ouderen in hun thuisomgeving optimaal te omkaderen speelt integrale zorg een belangrijke rol. Integrale zorg wordt in het programma niet expliciet omschreven.

Integrale zorg is een breed begrip (Valentijn et al., 2013) en er is niet altijd conceptuele duidelijkheid (zie bijv Kodner, 2009). De begrippen 'integrale zorg' en 'geïntegreerde zorg' worden daardoor in de literatuur vaak als synoniemen gebruikt. De essentie van integrale zorg volgens de WHO (2008) is dat de zorgvrager doorheen de tijd, over verschillende zorgactoren en verstrekkers van zorg heen continu zorg op maat krijgt. Integrale zorg moet leiden tot meer samenwerking tussen verschillende zorgverleners (Ham, 2014) waardoor zorgverlenende processen meer op elkaar afgestemd: de zgn geïntegreerde zorg.

Er bestaat een directe relatie tussen het denken over integrale zorg en kwaliteit van zorg bij ouderen. In de programmateksten wordt expliciet naar zorgkwaliteit verwezen: *Zowel het betaalbaar houden van het zorgsysteem als het voorzien van een degelijke zorgkwaliteit voor de individuele eindgebruikers zullen in rekening gebracht worden. Bij de beoordeling van de zorgkwaliteit van de beoogde innovaties zal onder meer aandacht besteed worden aan volgende aspecten: effectiviteit, efficiëntie, patiëntgestuurdheid, tijdigheid, toegankelijkheid en veiligheid (IWT, 2012bis).*

Zorgkwaliteit is een meervoudig begrip dat door het IWT (2012bis) opgesplitst is in zes deelconcepten zoals gedefinieerd door het Amerikaanse Institute of Medicine en overgenomen door het IWT en Flanders Care (Institute of Medicine, 2001).

- **Effectiviteit:** Het verlenen van zorg gebaseerd op wetenschappelijke kennis aan iedereen die hierbij baat heeft. Hierbij wordt gekeken of een interventie, zoals een preventieve dienst, diagnostische test, of therapie, betere resultaten geeft dan alternatieven, inclusief het alternatief van niets doen. Evidence based practice vereist dat degenen die zorg geven consequent onderbenutting van de effectieve zorg en overmatig gebruik van inefficiënte zorg vermijden.
- **Efficiëntie:** Het vermijden van verspilling, ook met betrekking tot uitrusting, benodigdheden, ideeën en energie.
- **Patiëntgestuurd:** Het respectvol inspelen op de voorkeuren, behoeften en waarden van de individuele patiënt/gebruiker, en ervoor zorgen dat de patiënt/gebruiker betrokken wordt bij alle klinische beslissingen.
- **Tijdigheid:** Het verminderen/vermijden van wachttijden en de soms schadelijke vertragingen voor zowel degenen die zorg ontvangen als degenen die zorg geven.
- **Toegankelijkheid:** Het verlenen van zorg die niet varieert in kwaliteit als gevolg van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, geografische locatie en sociaaleconomische status.

- **Veiligheid:** Patiënten/gebruikers dienen te worden beschermd tegen schade veroorzaakt door het zorgsysteem. Vermindering van veiligheidsrisico's en het waarborgen van de veiligheid vragen specifieke vereisten en meer aandacht voor systemen die helpen bij het voorkomen en het inperken van fouten.

4.1.2.6. Samenwerking

Open innovatie

Het programma Zorg Proeftuinen gaat uit van de logica die het concept "open innovatie" inhoudt: *De proeftuin veronderstelt een (deels) open innovatie ecosysteem, waarbij partnerships ontwikkeld worden in de hele zorg- en waardeketen (bijv. eerste lijn, tweede lijn, ziekenhuizen, lokale besturen, huisvestingsmaatschappijen, eindgebruikers, zorg economische actoren, overheid ...) en waarbij de eindgebruikers actief betrokken worden bij conceptualisering, ontwikkeling, onderzoek en evaluatie in het volledige innovatieproces (co-creatie) (IWT, 2012bis).*

Open innovatie kan gedefinieerd worden als het gebruik van doelgerichte in- en uitstroom van (kennis)informatie met het oog op enerzijds het versnellen van interne innovatie en anderzijds het verbreden van extern gebruik van innovatie (Chesbrough, Vanhaverbeke & West, 2006). In de context van sociale innovatie binnen de Zorg Proeftuinen zit het belang van open innovatie in het stimuleren van samenwerking tussen overheids- of non- profit organisaties, bedrijven, kennisinstellingen en de eindgebruikers, met als doel maatschappelijke problemen mee te helpen oplossen. Dit sluit aan bij de internationale druk om het innovatieperspectief open te trekken van enkel economische waardecreatie, naar ook maatschappelijke waardecreatie: *"The underlying motive of innovation has been generating economic value. However, looking ahead to the society in the future, it is crucial to construct a new system that enables us to address social challenges through innovation by collaborating and acting globally. Thus there is a need to find ways to foster innovation which generates social and public value. [...]The challenges faced by modern economies urgently call for new forms of collective action between public and private stakeholders in order to better integrate social challenges into research and innovation. A new approach is necessary to solve problems where social and technological progress co-evolves in order to generate social and public value (OECD, 2011).*

Duurzaamheid¹

De doelstelling van open innovatie met maatschappelijke waarde vraagt dat elk platform wordt aangestuurd door een mix van partners en vanuit een multidisciplinair perspectief. De doelstelling verwijst bovendien naar schaalgrootte: *Bovendien moet de proeftuin een voldoende schaalgrootte garanderen om op termijn een impact op de samenleving te kunnen realiseren* (IWT, 2012bis). Duurzaamheid van het platform is afhankelijk van de duurzaamheid van de samenwerking tussen de (kern)partners. In de literatuur wordt aangehaald dat in veel samenwerkingsprojecten onvoldoende tijd wordt geïnvesteerd in samenwerken en denken met het risico dat samenwerking dan het functionele en instrumentele niveau niet overstijgt en er weinig betrokkenheid en eigenaarschap ontstaat met een negatieve impact op duurzame verandering (Prins & Hovelynck, 2010).

4.1.3. Kritische reflectie

De 'Handleiding platformen en projecten voor de proeftuin Zorginnovatieruimte Vlaanderen' omschrijft hoe een platform wordt gezien als een infrastructuur die een representatieve testpopulatie voor een lokale of regionale entiteit omkadert: die testpopulatie kan innovaties op projectbasis uittesten op dat platform, met als doel in te schatten of ze klaar zijn om uit te rollen op grotere schaal.

De teksten die de richting geven aan het programma zijn typische "oproepdocumenten" voor kandidaten die dossieraanvragen willen indienen: ze geven een globale omkadering, maar laten veel ruimte aan de indieners om met eigen voorstellen op de proppen te komen. De doelstellingen zijn zeer algemeen geformuleerd. Slechts één begrip, kwaliteitsvolle zorg, wordt ingevuld als een multidimensioneel begrip. De centrale begrippen worden geïntroduceerd "ter oriëntatie" van de agenda, maar er worden weinig sturende aspecten in teruggevonden. Het programma geeft evenmin veel richtlijnen of omkadering over welke types innovaties het moet of kan gaan.

De programmateksten geven weinig indicaties hoe de relatie tussen platform en project concreet kan worden vormgegeven en laten veel ruimte aan de initiatiefnemers van een dossier om zelf een invulling te maken.

¹ Er wordt gewerkt aan apart document over de maatschappelijke en economische valorisatie van projecten en platformen, een onderwerp dat hier rechtstreeks verband mee houdt.

4.2. De platformen

4.2.1. De wijze waarop de platformen het overheids-programma invullen

In dit deel bespreken we de wijze waarop de verschillende initiatiefnemers een invulling hebben gegeven aan de kernconcepten en ideeën die verweven zitten in de oproep van de Vlaamse Overheid.

4.2.1.1. Het werkingsgebied

In elk van de vijf Vlaamse provincies wordt een platform opgericht (figuur 3). Daarnaast is er een platform actief in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (AZoB) in samenwerking met de Antwerpse grootstad.



Figuur 3. Situering werkingsgebied platformen.

Sommige platformen oriënteren zich op buurten of wijken, terwijl andere platformen een bredere regio willen bedienen (tabel 2).

- AZoB richt zich op bestaande wijken omdat zij vinden dat er meer aandacht moet besteed worden aan de lokale organisatie van zorg. Zij verwijzen hierbij naar het woonzorgdecreet en dat dit onvoldoende is afgestemd op de grootstedelijke context. Online Buurten richt zich op bestaande wijken omdat ze willen werken vanuit de betrokkenheid van een bepaalde buurt.
- LiCalab richt zich op een bredere regio, regio Kempen, als werkingsgebied. Initieel is het platform ontstaan vanuit de stad maar omdat heel wat zorgorganisaties (vb. Welzijnszorg Kempen) regionaal georganiseerd zijn, is stad Turnhout als werkingsgebied te beperkt en heeft het platform zich uitgebreid naar de regio Kempen.
- AIPA, LiCalab, CareVille en InnovAGE zetten in op een bredere regio dan de stad of steden die als aanvrager betrokken zijn.

De regio-afbakening van een platform heeft gevolgen voor het samenstellen van het panel (en dus ook voor de representativiteit). Er is een verband tussen de omvang van het werkingsgebied van een platform en partners die betrokken worden in het samenwerkingsverband. Platformen die zich richten op een bepaalde wijk of buurt werken meer met buurtgerichte of lokale organisaties dan platformen die zich richten op de bredere regio. Binnen deze platformen worden eerder regionale of provinciale organisaties betrokken.

Tabel 2. Beschrijving werkingsgebied platformen.

Platform	Werkingsgebied
AIPA	Groot-Aalst (via Zorginnovatiecluster is er een samenwerking met heel veel steden en gemeenten in de omgeving rond Aalst)
LiCalab	Arrondissement Turnhout (gegroeid vanuit stad Turnhout)
CareVille	Steden Genk en Hasselt, inclusief omliggende steden en gemeenten
InnovAGE	Arrondissement Leuven (het platform geeft aan rekening te zullen houden met de lokale context waarin een product of dienst wordt aangeboden)
AZoB	Eén wijk in het grootstedelijk Antwerpen (Oud- Merksem) en twee wijken in Brussel (Schaarbeek en Etterbeek)
Online Buurten	Brugge en Oostende (in 3 buurten: 1 in Oostende: Westerkwartier, 2 in Brugge: Zeebrugge en Assebroek)

Werkingsgebied:

- **AZoB richt zich als enige platform enkel op urbaan gebied. De andere platformen richten zich zowel op urbaan, semi- urbaan als ruraal gebied.**
- **AZoB en Online Buurten richten zich op een bepaalde buurt of wijk. De andere platformen mikken op een ruimer gebied.**

4.2.1.2. Ouderen

Binnen ieder platform wordt verwezen naar de doelstellingen met betrekking tot ouderen zoals die in het programma zijn geformuleerd (tabel 3; voor details zie bijlage 5).

Tabel 3. Doelstelling overheidsprogramma m.b.t. ouderen.

	AIPA	LiCalab	CareVille	InnovAGE	AZoB	Online Buurten
Zelfstandig leven						
Verbeteren thuisomgeving						
Actieve participatie						
Representatief						
De oudere staat centraal						

Legende: doelstelling is expliciet aanwezig (), impliciet aanwezig (), afwezig ()

De thuisomgeving verbeteren

Vijf platformen streven expliciet de doelstelling 'de thuisomgeving verbeteren' na.

- CareVille geeft in algemene termen aan de woonomgeving mee in rekening te zullen brengen. CareVille zet in op zorgmobiliteit en heeft tevens aandacht voor het versterken van sociale participatie, communicatie en informatie.
- AIPA heeft aandacht voor innovaties met betrekking tot publieke ruimte en gebouwen, wonen, respect en sociale inclusie, maatschappelijke participatie, communicatie en informatie, gezondheid en zorg en wonen. AIPA wenst een levensloopbestendige omgeving en voldoende aangepaste en betaalbare woningen te creëren.
- LiCalab zet in op diverse aspecten ter verbetering van de thuisomgeving: publieke ruimte en gebouwen, mobiliteit, wonen, respect en sociale inclusie, maatschappelijke participatie, communicatie en informatie en gezondheid en zorg. De aandacht gaat uit naar meegroeiwoningen, ondersteund wonen, zelfstandig wonen, leeftijdsvriendelijke wijken, stedelijke planning, ruimtelijke ordening, innovaties die zich focussen op verbetering van welzijn en gezondheid via een brede context (wijk of stedelijke omgeving), mobiliteit binnen en buitenshuis verhogen, sociale inclusie, sociale netwerken en integrale zorg.
- InnovAGE tracht een intelligente ondersteunende leefomgeving in al zijn aspecten te creëren. Aandacht gaat hierbij uit naar wonen, sociaal-culturele participatie, respect en sociale inclusie, maatschappelijke participatie, communicatie en informatie en gezondheid en zorg.
- Het AZoB-platform formuleert doelstellingen met betrekking tot aanpassingen in de woon- en leefomgeving van bewoners en gebruikers. De volgende aspecten worden in de proposal teruggevonden: publieke ruimte en gebouwen, wonen, sociaal-culturele participatie, respect en sociale inclusie, maatschappelijke participatie, communicatie en informatie en gezondheid en zorg.
- Online Buurten heeft aandacht voor sociaal-culturele participatie, respect en sociale inclusie, maatschappelijke participatie, communicatie en informatie, gezondheid en zorg.

Buurtgerichte zorg

Vijf van de zes platformen vermelden expliciet dat er ingezet wordt op buurtgerichte zorg (AIPA, LiCalab, AZoB, InnovAGE en Online Buurten). Daarbij wordt veel belang gehecht aan de afstemming tussen professionele en niet-professionele zorgverleners op het buurniveau als een middel om elkaar te versterken. CareVille vermeldt buurtgerichte zorg niet.

In de interviews werd vermeld dat buurtgerichte zorg dient samen te gaan met het versterken van het sociaal weefsel in de buurten waar ouderen wonen en het empoweren van de ouderen in plaats van de nadruk te leggen op hun hulpbehoevendheid.

- AIPA legt de focus op het ouder worden in de eigen woning en buurt. De buurt als deel van de leefomgeving van de oudere krijgt aandacht door te streven naar nabijheid van de nodige zorg- en vrijetijdsvoorzieningen in een aangepaste buurt.
- AZoB en online buurten zetten als “lokale platformen” bij uitstek in op buurtgerichte zorg. Online Buurten stelt expliciet dat de ouderen zelf een belangrijke rol hebben in buurtgerichte zorg. De wijk met zijn bewoners en organisaties kunnen ondersteuning bieden aan de noden van de oudere en de oudere kan bijdragen aan de leefbaarheid van de wijk. AZoB legt de nadruk het complementaire karakter van de professionele en niet-professionele zorgverleners in een buurt.
- LiCalab verwijst enkel naar de buurt als niveau waarop zorg voor ouderen dient georganiseerd te worden.
- InnovAGE verwijst naar de nood aan efficiëntere inzet van zorgverleners (professionelen, mantelzorgers en vrijwilligers) op het buurniveau.

Ouderen actief laten participeren om vereenzaming tegen te gaan

Alle platformen besteden expliciet aandacht aan het tegengaan van vereenzaming en zetten in op sociale participatie.

- Participatie in de eigen leefomgeving of buurt wordt expliciet voorop gesteld bij AIPA, AZoB, LiCalab en Online Buurten.
- CareVille en InnovAGE zetten in algemene termen in op het versterken van sociale participatie en blijven vaag in de manier waarop dit zal worden uitgewerkt.
- InnovAGE zet algemeen in op het bevorderen van de gezondheid opdat meer burgers kunnen participeren aan sociale activiteiten. Het inzetten op sociale participatie is met andere woorden een afgeleide van inzetten op bevorderen van gezondheid.

De hoofddoelstellingen m.b.t. ouderen:

Alle platformen vermelden het zo lang mogelijk zelfstandig leven waarbij drie niveaus van functioneren aan bod komen.

Er wordt verwezen zowel de woning als de woonomgeving.

De platformen verschillen hoe de dimensie actief participeren wordt ingevuld. Een aantal platformen definieert dit als directe doelstelling, een aantal platformen is vaag en een platform ziet participatie als afgeleide van een andere doelstelling.

Zorg-eindgebruiker (cliënt, patiënt) is representatief voor Vlaanderen

Vijf platformen stellen expliciet, één platform impliciet te streven naar een zo representatief mogelijke steekproef senioren-panelleden. Daarbij dient in het achterhoofd gehouden worden dat de regio waaruit de steekproef getrokken wordt per platform sterk verschilt.

- AIPA tracht een testpopulatie van minstens 1000 oudere inwoners uit Aalst te creëren. Niet alleen zorgbehoevende en niet-zorgbehoevende ouderen worden hiertoe gerekend, maar ook zorgverstrekkers in de thuiszorg. Het platform mikt op een zo breed en representatief mogelijke testpopulatie. Bij de samenstelling van de testpopulaties per project of deel-experiment zal bijzondere aandacht gaan naar het bereiken van sociaal zwakkere senioren.
- LiCalab streeft bij de opbouw van het generieke panel naar een zo representatief mogelijke steekproef. Het grootste deel van de testpersonen zal uit de stadsregio Turnhout komen, aangevuld met testpersonen uit de regio Kempen. Men geeft hierbij aan dat een volledige statistische representativiteit hierbij mogelijk niet haalbaar is. Per project wordt gekeken naar een goede vertegenwoordiging van de doelgroep.
- CareVille stelt een gestratificeerde steekproef voor en voorziet telkens per panellid één reserve. Het steekproefkader voor wordt hierbij aangereikt door de verschillende partner-zorgactoren in de proeftuin. De zorgactoren bezorgen een lijst met de basisgegevens van de zorgvragers in de regio Hasselt-Genk. De som van deze lijsten betreft het steekproefkader. Een aantal strata worden vooropgesteld: geslacht, mate van veroudering, ambulante of residentiële zorg, ziektebeeld, inkomensgarantie ouderen en moedertaal. Daarnaast wordt een extra steekproef voorgesteld uit de bevolkingsregisters van Hasselt en Genk (65+) indien een vooropgestelde bevolkingsregisters (Turkse en Italiaanse afkomst) ondervertegenwoordigd zou zijn.

- AZoB stelt een demografisch representatief staal van bewoners uit de geografisch afgebakende buurt(en) in te zullen sluiten. In Antwerpen wordt een testpopulatie samengesteld van ca. 200 65-plussers, woonachtig in de wijk Oud-Merksem en tevens een deel van de wijk Nieuwdreef. De testpopulatie van Brussel bestaat ook uit 200 mensen, wonend ofwel in de buurt rond het LDC Aksent (Brabantwijk - Schaarbeek) of in de buurt van LDC Chambéry (De Jacht - Etterbeek).
- Online Buurten mikt op een representatieve populatie. Twee gebieden aan de kust (Zeebrugge en Oostende) als ook Assebroek omsluiten het werkingsgebied. De ouderen worden in eerste instantie geselecteerd uit de groep van ouderen die reeds beroep doen op een dienstverlening van het OCMW. Het OCMW beschikt over heel wat informatie omtrent de oudere. Hierdoor kan de steekproefsamenstelling strikt bepaald worden en is het mogelijk om in beoogde populatie van ouderen onder meer een variatie in te bouwen naar de zorgbehoevendheid, het inkomen, samenlevingsvormen als buurtanciënniteit.
- InnovAGE vermeldt in de proposal dat er jaarlijks zal worden geëvalueerd op platformniveau naar representativiteit en beoogde spreidingen. Er wordt aangegeven dat in het arrondissement Leuven momenteel 8800 personen in de leeftijdsgroep 65+ gekenmerkt worden door kwetsbaarheid. Zij worden opgenomen in de testpopulatie.

In tabel 4 staan de inclusiecriteria van de panelleden beschreven. Vijf platformen (AIPA, AZoB, LiCalab, CareVille en Online Buurten) includeren zowel gezonde als kwetsbare ouderen. InnovAGE mikt uitsluitend op fragiele ouderen met complexe zorgbehoeften. CareVille verwijst ook naar zorgbehoevende ouderen met acute of chronisch zorgnoden. AIPA, AZoB, LiCalab en Online Buurten benaderen de doelgroep ruimer en houden niet uitsluitend rekening met een ziektebeeld of de zorgnood. De leeftijdsondergrens varieert sterk tussen de de platformen.

Tabel 4. Inclusiecriteria panelleden platform op basis van documentanalyse en interviews.

Inclusiecriteria	
AIPA	Ieder type senior, 50-55+, ruimer dan enkel ziektebeeld of zorgnood, thuiswonend, > 20% sociaal zwakkere ouderen.
LiCalab	Holistisch en globaal; 20% 50-60 jaar, 50% 60-70 jaar, 20% 70-80 jaar, 10% 80+; 40-45% niet-licht zorgbehoevend, 30% chronisch zorgbehoevend, 15-20% zwaar zorgbehoevend; 10-15% allochtonen, thuissituatie, ook meer progressieve en beter bemiddelde senioren.
CareVille	Ouderen 65+, voornamelijk zorgbehoevende ouderen met acute of chronische zorgnoden, multicultureel, thuis en residentieel, aandacht voor kansarmoede.
InnovAGE	Fragiele ouderen (Fried et al., 2001) met complexe zorgbehoeften, 60+, thuiswonend of wonend in een serviceflat of woonzorgcentrum, rekening houdend met socio-economische profiel.
AZoB	Alle 65+, thuiswonend of in serviceflat, kwetsbare wijken, verminderde zelfredzaamheid, evenwichtige samenstelling mbt socio-economische status en afkomst.
Online Buurten	Brede focus; 65+, ook niet zorgbehoevende ouderen, thuissituatie, inclusie kansarmen.

Vijf platformen besteden expliciet aandacht aan de representativiteit van de testpopulatie (ten minste binnen de lokale of regionale omgeving).

In- en exclusiecriteria m.b.t. ouderen voor het panel worden algemeen ruim omschreven. Slechts een platform vermeldt specifieke criteria voor de inclusie van de doelgroep bij het trekken van de steekproef.

Een aantal platformen heeft oog voor kwetsbare ouderen: twee platformen leiden kwetsbaarheid af van medische of zorgnoden: andere platformen definiëren kwetsbaarheid breder.

De oudere deelnemers worden via verschillende kanalen gerekruteerd binnen het platform (tabel 5). LiCalab rekruteert ouderen via acht verschillende kanalen, AIPA via zeven, InnovAGE via zes, AZoB drie, CareVille twee en Online Buurten één kanaal.

Tabel 5. Overzicht rekrutering panel.

	AIPA	LiCalab	CareVille	InnovAGE	AZoB	Online Buurten
(Senioren)-organisaties						
Sociale huisvesting						
Stad of gemeente						
Zorg- en hulpactoren						
Media						
Persoonlijk contact vanuit platform						
Omliggende steden en gemeenten						
Acties in de buurt						
Informatiestanden, beurzen, events en campagnes						

Legende: doelstelling is expliciet aanwezig (), impliciet aanwezig (), afwezig ()

Het aantal kanalen dat wordt gebruikt om deelnemers voor het panel te rekruteren varieert tussen acht en één kanaal per platform.

Zorg-eindgebruiker (cliënt, patiënt) staat centraal

Ieder platform vermeldt te willen inspelen op de reële noden en behoeften van de ouderen door ouderen actief te betrekken in het innovatieproces. In die zin is het gehanteerde betoog van de proposals het verhaal dat wordt opgelegd in het programma. Wat precies bedoeld wordt met de participatie van deze gebruikers is nauwelijks uitgewerkt. De wijze waarop de behoeften en wensen van de eindgebruikers zullen worden gedetecteerd varieert. Platformen stellen projecten te zullen begeleiden door ondermeer co-creatiesessies, interviews, focusgroepen en enquêtes.

4.2.1.3. Mantelzorgers

Zorg-eindgebruiker (mantelzorger) is representatief voor Vlaanderen

Drie platformen (LiCalab, AIPA en CareVille) geven in hun actieplan aan mantelzorgers te willen opnemen in hun panel. Uit de interviews met AZoB en Online Buurten bleek dat er overwogen werd om mantelzorgers op te nemen in hun panel. Bij deze twee platformen is het evenwel niet duidelijk of de mantelzorgers ook als actieve eindgebruikers zullen betrokken worden.

- InnovAGE neemt geen mantelzorgers op in het platformpanel. Net zoals de andere platformen neemt InnovAGE wel één of meerdere mantelzorgorganisatie op in de gebruikerscommissie of bij de partners.
- LiCalab, AIPA en CareVille beschrijven verschillende inclusiecriteria voor mantelzorgers in hun actieplan.
- AIPA wil bij de inclusie van mantelzorgers de focus leggen op sociaal kwetsbare groepen en wil een onderscheid maken tussen mantelzorgers uit landelijke en stedelijke gebieden.
- LiCalab, AZoB en CareVille willen een gestratificeerd panel opzetten dat een afspiegeling is van de demografische samenstelling van de buurt. Hierbij zal rekening gehouden worden met criteria als leeftijd, geslacht, nationaliteit en sociaal economische status. AZoB wil bijkomend nog aandacht hebben voor het onderscheid tussen inwonende en niet-inwonende familieleden. CareVille focust op mantelzorgers die actief zijn in de thuiszorg, maar mantelzorgers van ouderen uit de residentiële zorg en ziekenhuizen zullen evenwel betrokken worden.

Slechts twee platformen geven bij de start weer hoeveel mantelzorgers geïnccludeerd zullen worden in het panel. CareVille wil minstens 250 mantelzorgers includeren. Online Buurten geeft geen precies aantal mee maar zal via de ouderen een veelvoud van 200 mantelzorgers bereiken.

CareVille en Online Buurten koppelen de rekrutering van mantelzorgers aan die van de ouderen. LiCalab en Online Buurten zullen mantelzorgers rekruteren via persoonlijk contact. LiCalab zal aanvullend gebruik maken van digitale infoborden, een digitale nieuwsbrief, een website, buurttraden, een stand op de markt en lokale pers. AZoB en AIPA hebben bij de aanvang nog niet nagedacht over de rekruteringsstrategie van mantelzorgers.

Verschillende methodes werden beschreven om mantelzorgers als eindgebruikers van de innovatie te betrekken bij het ontwikkelingsproces. Online surveys, focusgroepen, interviews, enquêtes, brainstormen, zaaiijsten en gebruikerstesten zullen ingezet worden. De meeste platformen zullen verschillende methodes aanwenden. AIPA maakt enkel melding van focusgroepen (bijlage 6).

Vijf platformen nemen mantelzorgers op in hun panel en betrekken hen bij het innovatieproces.

Niet alle platformen hebben een strategie om mantelzorgers te includeren.

Zorg- eindgebruiker (mantelzorger) staat centraal

LiCalab haalt expliciet aan dat innovaties niet enkel gericht mogen zijn op ouderen en professionele hulpverleners. Ze moeten ook de mantelzorgers ontlasten. Andere platformen verwijzen eerder impliciet naar mantelzorg. Careville en Online Buurten schrijven in hun actieplan niets over mantelzorg maar gaven tijdens het interview aan zich bewust te zijn van het belang van mantelzorg om ouderen in staat te stellen zich langer thuis te handhaven.

De meeste platformen vermelden kort het voorkomen van een situatie waarin de draaglast groter is dan de draagkracht van mantelzorgers.

- AIPA en AZoB wijzen op het probleem dat het steeds moeilijker wordt om terug te vallen op mantelzorg. Daarom zetten zij in op buurtwerking. Beide platformen verwijzen naar de veranderende demografie (geboortedaling) die er toe leidt dat toekomstige ouderen minder kunnen terugvallen op familie als mantelzorgers. Sommigen hebben zelfs geen verwanten meer in leven waardoor ze volledig op zichzelf aangewezen zijn wanneer ze hulpbehoevend worden. AIPA legt de relatie tussen het (verwachte) afnemende aantal mantelzorgers en de toenemende druk op de professionele hulpverlening.
- AZoB en InnovAGE stellen expliciet dat het ondersteunen van mantelzorgers broodnodig is om ouderen langer en meer kwaliteitsvol thuis te laten wonen.

AZoB geeft expliciet aan hoe mantelzorgers ondersteund kunnen worden: namelijk door de inzet van vrijwilligers of door het faciliteren van communicatie met ouderen en professionele hulpverleners met behulp van technologie. Aangezien mantelzorgers steeds meer in contact komen met thuiszorgtechnologie en meer medisch en technisch getinte handelingen dienen uit te voeren stelt AZoB dat mantelzorgers nood hebben aan een adequate kennis en praktische vaardigheden. Volgens AZoB is er tevens een gebrek aan kennis over het zorg- en welzijnsaanbod.

Bijlage 7 geeft meer details over de visie van de platformen op mantelzorg.

Alle platformen zijn zich bewust van het belang van mantelzorgers om ouderen langer thuis te laten wonen.

Mantelzorg wordt vanuit verschillende hoeken benaderd.

Slechts één platform beschrijft expliciet hoe mantelzorgers kunnen ondersteund worden.

4.2.1.4. Zorgverlening

Integrale zorg

Drie van de zes platformen (LiCalab, CareVille en InnovAGE) vermelden expliciet dat ze aandacht zullen hebben voor integrale zorg. De platformen die het concept integrale zorg expliciet vermelden in de documenten en de interviews doen dat op twee niveaus; (1) afstemming en integratie op het niveau van zorgverlenende organisaties. De afstemming tussen organisaties wordt zowel vermeld in als tussen deelsectoren van de ouderenzorg: intramurale zorg (vb. ziekenhuizen), de (semi-) residentiële zorg (vb. woonzorgcentra) en de thuiszorg; (2) samenwerking tussen zorgverleners in het werkveld waarbij gesproken wordt over geïntegreerde zorg.

De andere drie platformen (AIPA, AZoB en Online Buurten) verwijzen er eerder impliciet naar; ze verwijzen naar de behoefte aan betere afstemming en samenwerking tussen verschillende actoren in de zorgverlening.

- AIPA verwijst niet naar integrale of geïntegreerde zorg. In het interview wordt de behoefte aan betere afstemming en samenwerking tussen zorgorganisaties en sectoren van de ouderenzorg vermeld. Integrale zorg wordt enkel gekoppeld aan een project dat in de 2e call is goedgekeurd: Woonzorgwijken.
- AZoB benadrukt dat bij integrale zorg de behoeften van de ouderen het uitgangspunt dienen te zijn voor de organisatie van de zorgverlening. Integrale zorg wordt beschouwd als een continuüm waarbij zowel zelfzorg, informele zorg en formele zorg op elkaar zijn afgestemd.
- LiCalab stelt in haar aanvraag dat integrale zorg bestaat uit het versterken van geïntegreerde zorg op maat van de gebruiker. Dit wil men realiseren door meer samenwerking en afstemming tussen actoren in de zorgketen. In het interview werd verduidelijkt dat hiermee bedoeld wordt de patiënten niet van hier naar daar moeten lopen, maar dat ouderen in hun geheel centraal staan in de zorgprocessen.
- InnovAGE spreekt in haar aanvraag en interview zowel over integrale zorg op het niveau van de zorgverleners als op het niveau van zorgverlenende organisaties uit de verschillende deelsectoren van de ouderenzorg (ziekenhuizen, residentiële zorg, thuiszorg). In het interview werd opgemerkt dat er bij de wenselijkheid van geïntegreerde zorg duidelijkheid moet gecreëerd worden over wie voor welke zorgactiviteiten uiteindelijk verantwoordelijk is. Anders kan geïntegreerde zorg voor meer onzekerheid zorgen en worden zorgverleners en patiënten er de dupe van.

- CareVille vermeldt in haar aanvraag het belang van transmurale zorg om de uitdagingen van de vergrijzing aan te pakken en in het bijzonder een efficiëntere inzet van de beperkte arbeidskrachten. Transmurale zorg wordt geduid als samenwerking tussen ziekenhuizen, residentiële zorg en thuiszorg in het belang van de oudere zorgbehoevenden. Hier wordt ook gesproken over een ketenbenadering of de aaneenschakeling van verschillende zorgverlenende organisaties waarop ouderen beroep doen. De oudere zorgbehoevende moet centraal geplaatst worden in de zorgketen om aan de verschillende noden van ouderen tegemoet te kunnen komen.
- Online Buurten verwijst naar geïntegreerde zorg waarbij organisaties over hun grenzen heen werken zodat ouderen kwalitatief langer thuis kunnen wonen in een aangepaste omgeving.

Kwaliteitsvolle zorg

Alle platformen spreken expliciet over één of meerdere deelaspecten van zorgkwaliteit:

- AIPA zet in op verbeteringen van zorgprocessen door uitwisseling van ervaringen en methodieken tussen zorgverleners. De infrastructuur verbeteren heeft betrekking op het veiliger maken van de omgeving waarin ouderen wonen.
- AZoB zet in op toegankelijkheid van kwaliteitsvolle zorg ongeacht de afkomst van mensen in een buurt. Daarnaast wordt aangegeven dat de professionele zorgverleners efficiënter kunnen ingezet worden door deze pas te activeren wanneer de zelfzorg en de informele zorg niet bekwaam zijn om aan de zorgbehoeftes tegemoet te komen.
- LiCalab stelt dat kwaliteitsvolle zorg geïntegreerd, toegankelijk en betaalbaar dient te zijn, maar geeft daar verder weinig duiding bij.
- InnovAGE verwijst naar kosteffectiviteit en dat kwaliteitsvolle zorg betaalbaar moet blijven voor een breed publiek.
- CareVille onderstreept het belang van patiëntgestuurdheid van zorgprocessen, de betaalbaarheid van zorgdiensten en de efficiënte inzet van zorgpersoneel om kwaliteitsvolle zorg na te streven.
- Online Buurten benadrukt de efficiëntie samenwerking tussen professionele en niet-professionele zorgverleners als kwaliteitscriterium voor buurtgerichte zorg.

Professionele zorgverleners en vrijwilligers

Slechts één van de zes platformen (CareVille) heeft in zijn aanvraagdocument expliciet vermeld dat ze op professionele zorgverleners zullen inzetten om deel uit te maken van hun testpanel. De vijf andere platformen erkennen het belang van professionele zorgverleners, maar verwijzen nergens om hen op te nemen in het testpanel.

Vrijwilligers worden door geen enkel platform vermeld als deel van de testpopulatie. Maar alle platformen vermelden vrijwilligers wel als belangrijke zorgverleners die aanvullend kunnen ingezet worden op het werk van professionele zorgverleners.

- AIPA stelt in haar aanvraag dat de betrokkenheid van professionele zorgverleners een belangrijk aandachtspunt is. Het platform onderstreept de behoefte aan niet-technologische innovaties die inzetten op de relaties tussen de professionele en vrijwillige zorgverleners en zorgbehoevenden.
- AZoB heeft in het bijzonder oog voor de betrokkenheid van vrijwilligers, maar vermeldt die in hun aanvraag niet als deel van hun testpanel. De professionele zorgverleners worden vermeld als belangrijke samenwerkingspartner van vrijwilligers, maar evenmin als deel van de testpopulatie.
- LiCalab heeft aandacht voor het tekort aan professionele zorgverleners en geeft aan dat vrijwilligers bepaalde zorgtaken kunnen overnemen. In het interview wordt verduidelijkt dat vrijwilligers ook het zorgverlenend werk van mantelzorgers kunnen helpen opvangen.
- InnovAGE vermeldt in haar aanvraag het belang van de betrokkenheid van professionele zorgverleners bij de uitvoering van de innovatieprojecten, maar ze worden niet vermeld als testpopulatie. Vrijwilligers krijgen minder aandacht en worden enkele vermeld in relatie tot vrijwilligersorganisaties die betrokken worden in het platform.
- CareVille wil professionele zorgverleners betrekken in de testpopulatie, maar enkel in relatie tot een project namelijk Jobtime. Er wordt gesproken over 500 zorgverleners. Vrijwilligers worden niet vermeld als doelgroep noch in de aanvraag nog in het interview.
- Online Buurten en AZoB hebben bijzondere aandacht voor vrijwilligers, maar het wordt in de aanvraag niet vermeld als deel van de testpopulatie. Professionele zorgverleners worden evenmin vermeld als lid van het panel, maar worden wel benoemd als belangrijke actoren in het versterken van de mogelijkheden van ouderen om hun zorg autonoom te organiseren.

4.2.1.5. Technologie

Alle platformen zetten expliciet in op het gebruik van informatie en communicatietechnologie om gegevens uit te wisselen tussen de verschillende actoren en/of om diensten aan te bieden aan de ouderen.

Vijf Zorg Proeftuin Platformen gebruiken een volledig commercieel ICT platform (waarvan 3 beroep doen op Cubigo), één platform gebruikt een deels publiek, deels privaat platform.

Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie focust vooral op uitwisseling van gegevens en/of om diensten aan te bieden aan de ouderen.

4.2.1.6. Samenwerking

Open innovatie

In dit deel bespreken we het "open innovatie ecosysteem" van de platformen. De analyse is gebaseerd op de "formeel" betrokken partners. Dit zijn hoofdaanvragers; mede- aanvragers en onderaannemers (zie in bijlage 8). Een gedetailleerde analyse van het ecosysteem van de Zorg Proeftuinen is terug te vinden in het document 'Ecosysteem Zorg Proeftuinen Vlaanderen' (Pots & Leys, 2014).

Aantal sectoren

Binnen de Zorg Proeftuinen worden organisaties betrokken uit zes verschillende sectoren. In eerste orde onderscheiden we de profit sector of bedrijvensector en de non- profit sector. De non- profitsector wordt verder onderverdeeld in "zorgsector"; "welzijnswerk"; "onderwijs, onderzoek en vorming"; "openbaar bestuur" en "netwerkorganisaties" (tabel 6). Het aantal betrokken sectoren varieert per platform tussen vier (AZoB, LiCalab, CareVille en Online Buurten) en zes (AIPA en InnovAGE).

Twee sectoren zijn in elk platform terug te vinden, nl. de profit sector en sector openbaar bestuur.

- Online Buurten heeft geen organisaties in het partnerschap uit de zorgsector (de gezondheidszorg of woonzorg). Twee OCMW's kunnen optreden als vertegenwoordigers van de woonzorgsector. In deze analyse worden OCMW's opgenomen onder de sector openbaar bestuur (IWT, 2013b).
- AZoB, LiCalab en CareVille hebben geen partners opgenomen uit de welzijnzorg.

- Vijf platformen hebben onderzoeks- en/of onderwijspartners vermeld in onderaanneming. CareVille doet beroep op een organisatie ingebed in een onderzoeks- en onderwijsinstelling. De bijdrage en de taken die de onderzoeks- en onderwijsinstellingen opnemen verschillen tussen de platformen. Binnen InnovAGE heeft de onderzoeks- en onderwijsinstelling als taak zijn kennis en expertise in te zetten om ad-hoc voorgestelde oplossingen te valideren op verschillende aspecten (o.a. onderzoeksmatige toetsing, bruikbaarheid in de specifieke omgeving, security en bescherming van persoonlijke gegevens,...). Daarnaast zet de onderzoeks- en onderwijsinstelling zijn netwerk in bij het co- creëren van nieuwe projecten. Bij LiCalab staat de kennisinstelling de facto in voor de coördinatie. Bij AZoB staat de kennispartner in voor het in kaart brengen van de behoeftevraag van de leden van de testpopulatie. De kennisinstelling bij het platform AIPA heeft als taak ervaringen te delen, onderzoek en testen uit te voeren samen met studenten (wetenschappelijk begeleiden van testen en experimenten; wetenschappelijke interpretatie van testresultaten en opstellen van eindrapporten) en actief mee te denken in de co- creatie. Bij Online Buurten staan de onderzoeks- en onderwijsinstellingen mede in voor de ontwikkeling van een nieuwe applicatie, het monitoren van gedragsverandering en empowerment, het één op één begeleiden van senioren en aanleren van nieuwe technologie.
- AZoB, LiCalab en Online Buurten hebben geen koepelorganisaties (samenwerkingsverbanden tussen organisaties uit de publieke en/of private sector, die op basis van hun activiteiten niet behoren tot één van de voorgaande sectoren) als partner.

Tabel 6. Aantal organisaties per sector per platform.

	AIPA	AZoB	LiCalab	InnovAGE	CareVille	Online Buurten	Totaal per sector
Profit sector	2	2	1	1	3	1	10
Zorgsector							
Gezondheidszorg	/	/	1	2	6	/	9
Woonzorg	1	2	/	/	2	/	5
Welzijnswerk	2	/	/	1	/	1	4
Onderwijs, onderzoek en vorming	1	1	1	3	/	2	8
Openbaar bestuur	2	1	2	1	5	2	13
Netwerkorganisaties	3	/	/	2	1	/	6
Totaal	11	6	5	10	17	6	55

Aantal betrokken organisaties

Het aantal formele partners in platformen varieert tussen vijf en zeventien (tabel 6). Vijf partners bij LiCalab, zes partners bij Online Buurten en AZoB, tien bij InnovAGE, elf partners bij AIPA en zeventien bij CareVille.

Samenstelling van het netwerk:

- **De samenstelling van het netwerk verschilt tussen de platformen.**
- **Het aantal formele partners varieert tussen vijf en zeventien.**
- **Het aantal maatschappelijke sectoren varieert tussen vier en zes.**

Duurzaamheid

Van vijf platformen kan uit de informatiebronnen niet expliciet worden afgeleid of ze de intentie hebben om op langere termijn verder te gaan.

- Eén platform (LiCalab) zet in het plan van aanpak expliciet in op duurzaamheid door van bij de start een juridisch statuut aan te nemen (een vzw statuut). Het platform zal geslaagd zijn wanneer er na de drie jaar verder kan gewerkt worden door de uitwerking van een businessmodel binnen een vzw structuur. Er worden twee of drie voltijdse equivalenten ter beschikking gesteld van het platform om hier op een duurzame manier aan te werken. Hierbij wordt de opmerking gemaakt dat de duurzaamheid sterk gekoppeld zal zijn aan de betaalbaarheid van het platform.

Duurzaamheid:

- **Slechts één platform vermeldt de dimensie duurzaamheid expliciet in de startdocumenten en het interview.**

4.2.2. Inzichten uit de literatuur

In het eerste deel hebben we getoetst op welk manier aspecten van de oproep uit het overheidsprogramma aan bod komen in de plannen van de platformen. In dit deel bekijken we hoe inzichten uit de wetenschappelijke literatuur relevant kunnen zijn voor het begrijpen van de plannen van de platformen.

4.2.2.1. Ouderen

Eerst wordt onderzocht in welke mate platformen een visie over 'ouderen' en 'ouder worden' hanteren.

Platformen vertrekken niet expliciet vanuit een bepaald model of visie met betrekking tot 'ouderen' en 'ouder worden'. Impliciet worden sporen gevonden in de proposals. Termen die worden gebruikt tijdens het interview worden weergegeven in tabel 7.

Tabel 7. Model en visie op 'ouderen' en 'ouder worden'.

Items aangehaald tijdens het interview	
AIPA	Het sociale model, vanuit activering en competenties de ouderen versterken.
LiCalab	Geen model vooropgesteld.
CareVille	Vanuit de projecten, vanuit de diagnose die mensen hebben. Kijken naar de mogelijkheden.
InnovAGE	Participatie maximaliseren. De doelgroep uitbreiden obv chronic care model naar de toekomst is wenselijk.
AZoB	Vertrekkend vanuit mogelijkheden. Competentiemodel en participatie. Kracht binnen een wijk, participatie en emancipatorisch.
Online Buurten	Sterk vanuit krachten en empowerment verhaal en het bio-psycho-sociaal model. Ook vanuit waardering en een multistakeholders perspectief.

LiCalab stelt expliciet geen model voorop. Bij twee platformen is een participatiemodel teruggevonden, waarbij de innovatie gericht is op ouderen zelf actief deel laten uitmaken van het zorgproces (InnovAGE) als ook aan de maatschappij (AZoB). Naar de toekomst toe wenst InnovAGE de doelgroep uit te breiden naar personen met chronische aandoeningen, waarbij het chronic care model centraal kan staan. AIPA geeft tijdens het interview aan innovaties vanuit een sociaal model te zullen uitwerken, waarbij een activering- en competentiemodel aanwezig zijn. Een competentiemodel wordt tevens impliciet waargenomen binnen CareVille, die vertrekken vanuit de diagnose en de mogelijkheden van de personen. Het competentiemodel is aanwezig bij AZoB, dat vertrekt vanuit de mogelijkheden van de ouderen. Online Buurten vertrekt vanuit de krachten van ouderen waarbij empowerment centraal staat.

Het active ageing model

Het active ageing model krijgt in de wetenschap, het beleid (bvb. European Year 2012 of Active Ageing and intergenerational solidarity) en in de zorgpraktijk steeds meer aandacht. Het model verwoordt de intentie om te evolueren naar een 'samenleving voor alle leeftijden' waar iedereen wordt gewaardeerd en iedereen de kans krijgt te participeren. De WHO definieert Active Ageing als het proces om de levenskwaliteit te optimaliseren door de gezondheid, participatie en veiligheid van ouderen te versterken (WHO, 2002).

'Active' staat voor een voortdurende participatie van de oudere in verschillende leefgebieden en zorgt voor sociaal, psychisch en lichamelijk actief blijven. Het actief verouderen moet gezien worden als een alomvattende ('comprehensive') strategie over de hele levensloop waarin oog moet zijn voor verschillende dimensies/leefdomeinen. Hoewel active ageing tot op heden voornamelijk werd toegepast op gezonde ouderen, dient het ingevuld te worden voor verschillende doelgroepen, van actieve ouderen tot zeer kwetsbare ouderen die bijvoorbeeld ook zorgafhankelijk zijn. Actief ouder worden, wordt door diverse determinanten beïnvloed (tabel 8). Merk op dat er een overlap aanwezig is met de determinanten van het age friendly city model (WHO, 2007).

Tabel 8. Overzicht active ageing determinanten (WHO, 2002).

Determinant	Items
Gezondheid en sociale diensten	Geïntegreerd, gecoördineerd en kosteneffectief, gezondheidspromotie, ziektepreventie, curatieve diensten, lange termijn zorg, geestelijke gezondheid geïntegreerd in andere zorgvormen.
Gedrag	Afname tabaksgebruik, herhaaldelijke gematigde fysieke activiteiten, gezond eten, beperken alcohol-inname, goed beheer medicatie.
Persoonlijke factoren	Biologische en genetische factoren die mee het verouderingsproces beïnvloeden. Psychische factoren mbt tegengaan cognitieve achteruitgang, versterken eigenwaarde en coping.
Fysieke omgeving	Veilige woningen en buurten, tegengaan vallen, toegankelijk en betaalbaar open vervoer.
Sociale omgeving	Sociale steun: tegengaan eenzaamheid, sociale isolatie en versterken sociale netwerken. Bestrijden van geweld en misbruik. Educatie en geletterdheid: mogelijkheid tot levenslang leren en intergenerationeel leren.
Economisch	Verzekeren sociale bescherming, verminderen armoede en mogelijkheden tot waardig werk.

Expliciet wordt het 'active ageing model' niet benoemd tijdens de interviews met de platformcoördinatoren. In de proposals wordt de term 'actief ouder worden' expliciet teruggevonden bij LiCalab en Online Buurten.

Tabel 9 (en bijlage 9) geven een overzicht in welke mate de active ageing determinanten aanwezig zijn in de plannen van de platformen. Van zodra één van de items binnen een determinant aanwezig is, wordt de determinant als 'aanwezig' beschouwd.

Tabel 9. Overzicht aanwezige active ageing determinanten.

Determinanten	AIPA	LiCalab	CareVille	InnovAGE	AZoB	Online Buurten
Gezondheid en sociale diensten						
Gedrag						
Persoonlijke factoren						
Fysieke omgeving						
Sociale omgeving						
Economisch						

Legende: ≥1 items binnen een AA-determinant worden expliciet vermeld in de proposals of worden tijdens het interview vernoemd (■), ≥1 items binnen een AA-determinant zijn impliciet aanwezig en af te leiden uit de proposals of uit het interview (■), afwezig (■).

De determinanten gezondheid en sociale diensten en sociale omgeving zijn expliciet vermeld bij alle platformen. Dit laatste is niet verassend gezien één van de hoofddoelstellingen van het programma *'actief participeren ten einde vereenzaming tegen te gaan'* betreft.

De economische determinant is bij ieder platform aanwezig, maar enkel bij InnovAGE wordt expliciet verwezen naar sociale bescherming van de ouderen. AIPA houdt rekening met de sociaal zwakkere doelgroepen. Andere platformen houden rekening met de betaalbaarheid van de nieuwe innovatieve diensten, producten en processen. Er wordt hierbij geen expliciete verduidelijking gemaakt tussen betaalbaarheid voor de oudere en/of de maatschappij.

De fysieke omgeving is expliciet aanwezig bij AIPA, LiCalab en AZoB. Daarnaast is de determinant 'gedrag' aanwezig binnen LiCalab en AZoB.

De determinant persoonlijke factoren is het minste aanwezig binnen de platformen. Enkel Online Buurten zet in op zelfrealisatie van ouderen op verschillende levensdomeinen. Andere platformen vermelden het versterken van competenties en capaciteiten voor het functioneren van een persoon maar niet met psychische aspecten.

De volgende determinanten van het Active ageing model zijn terug te vinden:

Alle platformen zetten in op determinanten 'gezondheid en sociale diensten' en 'sociale omgeving'.

De platformen onderscheiden nauwelijks het aspect betaalbaarheid voor het individu en/of de maatschappij.

Drie platformen verwijzen naar 'fysieke omgeving'.

Er gaat weinig aandacht naar 'gedrag' en 'persoonlijke factoren'.

4.2.2.2. Mantelzorgers

Mantelzorg is een belangrijke component in vermaatschappelijke zorg. Als de mantelzorger uitvalt omwille van gezondheidsproblemen heeft dit verregaande gevolgen voor de oudere zoals bijvoorbeeld een vervroegde institutionalisering of het niet krijgen van de nodige zorg (Carretero et al., 2009).

Mantelzorg kan gedefinieerd worden als 'langdurige zorg of ondersteuning die vrijwillig aan een familielid, vriend(in) of andere bekende wordt gegeven vanwege lichamelijke of psychische gezondheidsproblemen of ouderdomsklachten'. Dit kan bij iemand die zelfstandig woont of is opgenomen in een voorziening. Mantelzorg kenmerkt zich door (Hoefman, Exel & Brouwer, 2011):

- het vrijwillige karakter van de zorg;
- de zorg wordt geleverd binnen een al bestaande sociale relatie die niet beperkt is tot familiebanden;
- mantelzorg omvat alleen zorg vanwege gezondheidsproblemen of ouderdomsklachten;
- de zorg of ondersteuning wordt langer dan twee weken gegeven.

Mantelzorg omvat zorgtaken, huishoudelijke taken zoals het doen van boodschappen, het voorzien van emotionele, sociale en psychologische steun, administratieve taken, organisatorische taken en het voorzien van transport (Jowsey, McRae, Gillespie, Banfield, & Yen, 2013). Innovaties die er op gericht zijn mantelzorgers te ondersteunen in één of meerdere van deze taken kunnen er voor zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven. De uitrol van innovatie dient bovendien te bewaken dat de innovatie zelf de druk op mantelzorg niet verhoogt. Dat gebeurt als de draaglast hoger is dan de draagkracht. Draaglast heeft een subjectieve (burden) (George & Gwyther, 1986) en een objectieve component (Brodaty & Hadzi-Pavlovic, 1990; Carretero, 2009; Van Durme, Macq, & Gobert, 2012). Hoe meer tijd de mantelzorg in beslag neemt hoe meer de mantelzorgers de situatie als belastend ervaren, hoe meer problemen er ontstaan bij hun eigen professionele activiteiten (Marcén & Molina, 2012) en hoe slechter het gesteld is met hun lichamelijke en mentale gezondheid (Jowsey, McRae, Gillespie, Banfield, & Yen, 2013; Neubauer, Holle, Menn & Grässel, 2009). Naast de fysieke en psychische belasting speelt ook financiële belasting (directe en indirecte kosten) een rol. Mantelzorgers geven hun betaald werk vaak volledig of gedeeltelijk op om zorg te verlenen (Hoefman, Exel & Brouwer, 2011). Mantelzorgers van thuiswonende ouderen ervaren een nood aan financiële ondersteuning en zekerheid (Silva, Teixeira, Teixeira & Freitas, 2013). Naast effectieve financiële ondersteuning is administratieve hulp bij het regelen van financiële zaken nodig.

Mantelzorgers ervaren nood aan professionele ondersteuning bij de effectieve zorgtaken voor de oudere (vaardigheden zoals het aankleden, voeden en wassen), kennis over gezondheidstoestand, ziekten, symptomen, prognose, geneesmiddelen, behandelingen en behoefte aan kennis waar ze de gepaste informatie kunnen vinden (Jowsey et al., 2013; Silva et al., 2013). Bovendien helpt de ondersteuning hen om tijd te besteden aan andere taken in hun huishouden (Silva et al., 2013). Verder is er behoefte aan emotionele ondersteuning en stressmanagement om vertrouwen op te bouwen (Silva et al., 2103).

In de platformen kunnen een aantal sporen teruggevonden worden over de wijze waarop de initiatiefnemers willen inzetten op het verminderen van de draaglast.

- AIPA en AZoB willen de fysieke draaglast van mantelzorgers verlagen door middel van kleine of grote woningaanpassingen en door het gebruik van gepaste hulpmiddelen.
- Twee platformen proberen de draaglast op mentaal niveau te verlagen. Online buurten wil emotionele overbelasting voorkomen door het ontwikkelen van nieuwe solidariteitsvormen. LiCalab wil "een veilig gevoel creëren" bij de mantelzorgers door ze deel te laten uitmaken van hun platform. Het is echter nog niet geweten op welke manier dit veilig gevoel zal gecreëerd worden.
- Vijf platformen willen de financiële druk op mantelzorgers verlagen. LiCalab, AIPA en CareVille verwijzen naar betaalbare oplossingen. AZoB streeft ernaar dat mantelzorgers beschermd zullen worden tegen negatieve fiscale gevolgen van het invoeren van innovaties, echter zonder expliciet te zijn op welke manier dit zal gebeuren. InnovAGE streeft ernaar dat de innovaties kosteneffectief moeten zijn voor de eindgebruikers.
- Twee platformen willen de tijdsbelasting voor mantelzorgers beperken. LiCalab wil dit doen door een ontlasting van hun takenpakket en AIPA wil de tijdsbesteding van mantelzorgers optimaliseren door het beperken van de verplaatsingstijd, het combineren van taken en door technologische ondersteuning.

Alle platformen vermelden expliciet dat gepoogd zal worden om de draagkracht van de mantelzorgers te versterken.

- Alle platformen trachten de sociale draagkracht van mantelzorgers te versterken door de uitbouw van een sterk sociaal netwerk. Hierbij zal voornamelijk ingezet worden op communicatietechnologie.
- Twee platformen willen de kennis van mantelzorgers verhogen. AZoB zal dit doen door het opzetten van een digitaal informatie-, communicatie- en dienstenplatform aangevuld met een zorginformatiepunt. Daarnaast zal AZoB adviesverlening voorzien door experts vanuit woonzorgcentra en zal de mogelijkheid geboden worden om praktische vaardigheden aan te leren. Online Buurten wil een privéforum opzetten voor mantelzorgers waarin overleg met experts en lotgenoten mogelijk is.

- Vier platformen trachten de samenwerking tussen mantelzorgers en professionele zorgverleners te verbeteren. LiCalab, AZoB en Online Buurten doen dit door middel van digitale communicatietools. InnovAGE omvat dit vaag door te verwijzen naar geïntegreerde zorg.

Een gedetailleerd overzicht van de componenten van draaglast en draagkracht waar de verschillende platformen op inzetten is terug te vinden in bijlage 21.

Geen enkel platform verwijst naar initiatieven om sociale draaglast van mantelzorger te verlagen.

Geen enkel platform verwijst naar het verhogen van de draagkracht van mantelzorgers op een fysiek of mentaal niveau.

4.2.2.3. Zorgverlening

Arbeidsorganisatie & kwaliteit van de arbeid

In de literatuur is aangetoond dat er een verband bestaat tussen bepaalde vormen van arbeidsorganisatie en kwaliteit van de arbeid enerzijds en anderzijds de kans om innovaties te realiseren (Lam, 2004, Dhondt et al., 2012). De begrippen arbeidsorganisatie en kwaliteit van de arbeid staan onder andere centraal in de Moderne Sociotechniek, een theorie over de structuur van organisaties (Kuipers et al, 2010, Van Hootegem, 2000). Het begrip arbeidsorganisatie staat voor de manier waarop een totaal pakket van taken om producten of diensten te maken, opgedeeld wordt in verschillende taakpakketten (Van Hootegem, 2000). Het begrip 'kwaliteit van de arbeid' staat in de Sociotechniek voor de mate waarin een job gekenmerkt wordt door voldoende mogelijkheden om problemen op te lossen. De mogelijkheden om problemen op te lossen worden regelcapaciteit ('job control') genoemd en de mate waarin zich problemen voordoen, noemt men regelnoden ('job demands').

- CareVille is het enige platform dat in een project verwijst naar de concepten arbeidsorganisatie en kwaliteit van de arbeid en dat in verband brengt met de organisatie van zorgverlening. De nadruk ligt op het efficiënter inzetten van professionele zorgverleners over de grenzen van organisaties heen. Echter op platformniveau staat deze denkwijze niet centraal.
- AIPA hanteert de begrippen arbeidsorganisatie of kwaliteit van de arbeid niet. Deze begrippen krijgen enkel aandacht via een platformpartner, het bedrijf Sebeco dat hierin expertise heeft. In het interview met het platform werd verduidelijkt dat de proeftuin aanleiding kan geven om aspecten van arbeidsorganisatie en kwaliteit van de arbeid bespreekbaar te maken. Er werd daarbij gezegd dat de (zorg)partners van het platform allemaal zoekend zijn om er iets mee te doen omdat zoals ze de zorgnoden zoals ze nu georganiseerd zijn niet aankunnen.

- LiCalab gaat evenmin in op de begrippen arbeidsorganisatie of kwaliteit van de arbeid. Arbeidsorganisatie komt indirect aan bod vanuit hun aandacht voor meer geïntegreerde zorgverlening. In het interview werd aangegeven dat men zich bewust is van de nood aan betere afstemming tussen zorgverleners onderling in de thuiszorg en tussen professionele zorgverleners en mantelzorgers.
- InnovAGE besteedt weinig aandacht aan arbeidsorganisatie door te verwijzen verbetering van de communicatie tussen professionele en niet-professionele zorgverleners tussen sectoren en op het niveau van de zorgverleners. In het interview werd opgemerkt dat bij innovatie van de zorgverlening ook de juridische kant m.b.t. de verantwoordelijkheden die zorgverleners hebben (KB 78) een rol speelt. Er werd aangegeven dat de Zorg Proeftuin toelaat om te experimenteren met nieuwe vormen van samenwerking maar dat het geen blauwdrukken zullen zijn van geïntegreerde zorg.
- AZoB streeft naar multidisciplinaire teams van professionele en niet-professionele zorgverleners op het niveau van een buurt of wijk. In het interview werd aangegeven dat zo'n multidisciplinair team niet zomaar kan samengesteld of aangestuurd worden. Hierover zijn afspraken nodig tussen de verschillende zorgactoren die hierin betrokken willen zijn. Er werd opgemerkt dat samenwerking tussen zorgactoren niet altijd even makkelijk is wegens verschillende manieren van werken of culturen van organisaties.
- De link met kwaliteit van de arbeid die gemaakt wordt in Online Buurten zit in het verlichten van het werk van professionele zorgverleners door het versterken van de informele of niet-professionele zorgverlening op het niveau van een buurt of wijk.

4.2.2.4. Samenwerking

Open innovatie in de context van de Zorg Proeftuinen vraagt dat er wordt samengewerkt tussen actoren uit verschillende sectoren om te innoveren. Individuele organisaties hebben immers zelden alle hulpbronnen in huis om te innoveren en zijn dus afhankelijk van de hulpbronnen van andere partijen (Oerlemans, 2007). Open innovatie beschrijft een paradigma dat veronderstelt dat instellingen uit verschillende achtergrond samenwerken en alle stakeholders betrokken worden in het innovatieproces, ook de eindgebruiker. Innovatie wordt steeds meer gezien als een cross-functioneel en transdisciplinair proces (versus een individueel proces). Toegang tot een grote variëteit aan externe kennisbronnen wordt als cruciaal beschouwd voor het genereren van (radicale) innovaties. De logica hierachter is dat het samenbrengen van verschillende kennisbronnen ervoor zal zorgen dat nieuwe kennis ontstaat en dat deze kennis die is samengesteld vanuit verschillende inzichten meer allesomvattend is en meer waarde bevat dan kennis die op een individuele manier is gekomen. Samenwerking in inter-organisatorische netwerken (ION) is een voorwaarde voor innovaties en voor de maatschappelijke waardecreatie (Bardach, 2001). Een ION wordt omschreven als "een groep van drie of meer organisaties die verbonden zijn op een manier dat ze het bereiken van een gemeenschappelijk doel faciliteren" (Provan et al., 2007).

Maar, samenwerking tussen organisaties uit verschillende sectoren vergroot de kans dat verschillen in regelgeving, cultuur, doelstellingen, werkwijzen het samenwerken bemoeilijken (Keast & Mandell, 2009; Van Tomme et al., 2011). Onderliggende culturen en logica's die eigen zijn aan de partners uit het netwerk zijn belangrijke randvariabelen (Popp et al., 2013). Een balans vinden tussen flexibiliteit en stabiliteit in een samenwerkingsverband is moeilijk, (de 'stabiliteits- flexibiliteitsparadox'): netwerken moeten een relatief stabiele "kern" van partners hebben om duurzaam en effectief te zijn terwijl in de periferie genoeg flexibiliteit moet zijn om het partnership te dynamiseren (Provan & Lemaire, 2012).

Focussen op het ION inclusief op factoren die ervoor zorgen dat partners blijven samenwerken helpt om te begrijpen hoe sociale innovatie in de hand wordt gewerkt. In dit deel bekijken we het ontstaan van het netwerk en de wijze waarop het netwerk wordt bestuurd en aangestuurd.

Keuze van partners

In theorie wordt de keuze van de netwerkpartners best afgestemd op de maatschappelijke probleemstelling en de doelstellingen van het netwerk (Fleury et. al., 2002); een partnership kan "doelrationeel" worden samengesteld. Tezelfdertijd ontstaan partnerschappen door eerdere samenwerking en worden ze opgebouwd vanuit onderling vertrouwen. Beide overwegingen moeten in principe meegenomen worden in het realiseren van effectieve netwerken (Hudson, 2004; Lemieux-Charles et. al., 2005; Provan et. al., 2007). Dat heeft vooral te maken met het zoeken naar een balans tussen vertrouwen, het realiseren van netwerkdoelen, en het realiseren van doelstellingen van de individuele partners.

Vertrouwen vermindert de kans op conflicten (Zaheer et. al., 1998), stimuleert coöperatie (Zaheer et. al., 1998; Hudson, 2004), versterkt een betere uitwisseling van informatie tussen de netwerkleiden (Zaheer et. al., 1998) en bevordert de coördinatie en besluitvorming in het netwerk (Zaheer et. al., 1998). Een risico van het werken op basis van een bestaand samenwerkingsverband is dat de doelstelling van de samenwerking niet fit in het overheidsprogramma of in programmalogica.

- LiCalab is ontstaan op de fundamenteën van eerdere samenwerking tussen een aantal partners.
- AIPA, InnovAGE en Online Buurten zijn platformen die meer "doelrationeel" samengesteld zijn in functie van de oproep uit het programma. Dat impliceert echter geen zins dat een aantal partners elkaar nog niet kende uit eerdere initiatieven of projecten.
- AZoB en CareVille zijn eerder gecreëerd op de fundamenteën van bestaande samenwerkingsverbanden waarbij bijkomend partners worden betrokken in functie van de doelstelling van het platform.

De keuze voor partners in de platformen zijn gemaakt:

- **op basis van eerdere samenwerking,**
- **op basis van eerdere samenwerking én het betrekken van nieuwe partners,**
- **in functie van doelstelling van programma.**

Bestuursmodel

Netwerken kunnen op verschillende manieren worden aangestuurd. Het bestuur heeft een invloed op de effectiviteit van een netwerk. Het bestuursmodel beïnvloedt het engagement van partners in collectieve acties; het conflictmanagement en het effectief en efficiënt aanwenden van de middelen (Popp et al., 2013). Provan et al. (2007) onderscheiden een sterk gedecentraliseerd, matig gedecentraliseerd en gecentraliseerd coördinatiemodel. Bij een *gecentraliseerd* model wordt het netwerk strategisch aangestuurd door één organisatie. Bij een *matig gedecentraliseerd model* wordt een kleine groep netwerkpartners betrokken bij strategische beslissingen, waarbij beslissingsbevoegdheden worden gedelegeerd naar lagere hiërarchische niveaus. (zie ook Fleury et al., 2002). In een *gedecentraliseerd model* (ook 'shared governance' genoemd) worden alle netwerkpartners betrokken bij de besluitvorming (Provan et al., 2007).

Een effectief bestuursmodel bakent rollen, taken en verantwoordelijkheden van verschillende organen en partners uit de samenwerking af (Opstaele et al., 2013). Daaraan gekoppeld kan verhelderd worden wie de coördinatie of het leiderschap van het netwerk in handen krijgt. In de opbouw van het bestuur kunnen uiteenlopende strategieën gevolgd worden (Van Tomme et al., 2011; Opstaele et al., 2013).

Wij hebben getracht het bestuursmodel van de platformen op strategisch niveau te typeren (zie bijlage 10):

- CareVille heeft een gecentraliseerd bestuursmodel. Het strategisch bestuursmodel is gelaagd en niet alle 'formele' partners (aanvragers en onderaannemers) maken deel uitmaken van deze organen. Zo maken vier van de zeventien formele partners deel uit van de Raad van Bestuur. Dit orgaan staat onder meer in voor het beheer van het platform.
- AZoB heeft een matig gedecentraliseerd bestuursmodel: beslissingen worden de facto niet genomen in het strategische orgaan (is eerder een adviesorgaan) maar gedelegeerd naar operationele organen.
- InnovAGE, LiCalab, Online Buurten en AIPA hebben een sterk gedecentraliseerd bestuursmodel. Hoewel LiCalab net als CareVille een Raad van Bestuur heeft maken hier wel alle aanvragende partners, uitgezonderd Aristoco, deel van uit.

Alle platformen hebben volgens de programmavereisten een gebruikerscommissie/stuurgroep opgenomen. Er bestaan echter grote verschillen tussen de platformen wat betreft de taken/verantwoordelijkheden (zie bijlage 11).

- AIPA en Online Buurten zien de gebruikerscommissie/stuurgroep als orgaan op strategisch niveau waarbij de gebruikerscommissie fungeert als stuurgroep. De andere platformen hebben op strategische niveau naast de gebruikerscommissie nog andere organen opgenomen. Strategische beslissingen worden eerder in deze organen genomen en in mindere mate in de gebruikerscommissie. Wat wel het geval is bij de platformen AIPA en Online Buurten.
- De vergaderfrequentie van de gebruikerscommissie is in de aanvraag bij de meeste platformen vastgelegd op vier maal per jaar (AIPA, AZoB, Online Buurten en LiCalab). Bij het platformen CareVille wordt een twee maandelijkse samenkomst voorzien. Bij InnovAGE wordt bij aanvang een frequentie voorzien van (minimaal) twee maal per jaar.

De taken van de verschillende organen worden in de documenten heel algemeen omschreven. Uit de interviews komt naar voor dat het aantal overlegorganen en de werkwijze en taken bij de start nog niet concreet zijn ingevuld. Er wordt aangehaald dat dit aspect enkel is opgenomen omdat de aanvraagdossiers dit vereisten. Daar komt bij dat het onderscheid tussen het operationele en strategische bestuurniveau op platformniveau niet altijd makkelijk te maken is (bijlage 12).

Op operationeel niveau hebben:

- CareVille, AIPA en InnovAGE twee overlegorganen;
- AZoB drie;
- Online Buurten en LiCalab één.

Op operationeel en strategisch vlak moet ook bekeken worden wat de rol is van de "coördinator" op de verschillende bestuursniveau's

Enkel LiCalab en CareVille onderscheiden naast de rol van platformcoördinator nog andere rollen op platformniveau zoals projectmanagers, communitymanager, ICT manager (bijlage 12).

Governance model

- **Platformen maken in hun bestuursmodel zelden een onderscheid tussen strategische en operationele bestuursorganen.**
- **De meeste platformen zijn vaag in het beschrijven van taken, samenstelling en vergaderfrequentie.**
- **Het bestuursmodel verschilt sterk tussen de platformen.**

Coördinatie en bestuur van het netwerk

De aanvragers van het platform worden door IWT gezien als de initiatiefnemers van het proeftuinplatform (en zijn de formele begunstigden van de subsidie). De hoofdaanvrager is in deze logica in principe de coördinator van het platform, tenminste toch formeel. In de praktijk zien we echter ook andere constructies: steden (openbare besturen) die hoofdaanvrager zijn terwijl andere organisaties het platform coördineren (tabel 10).

In elk platform wordt de stad betrokken als verplichting vanuit de oproep. Niet overall treedt zij op als hoofdaanvrager. Dit werd vereist vanuit de IWT oproep: *'het aanvragend consortium dient minstens te bestaan uit een stad of gemeente en een bedrijf'* (IWT, 2012bis). Hierbij worden OCMW's beschouwd als een integraal deel van het lokale bestuur indien zij zich richten op bestuursactiviteiten en ze hiervoor de goedkeuring van het bestuur hebben.

- In het platform LiCalab is de hoofdaanvrager stad Turnhout en de coördinatie van het platform gebeurt voornamelijk vanuit Thomas More.
- Bij CareVille zijn de hoofdaanvragers de steden Hasselt en Genk en het platform wordt gecoördineerd vanuit LifeTechLimburg.
- In de platformen AIPA en Online Buurten is ook het openbaar bestuur hoofdaanvrager maar ook coördinator van het platform.
- Bij AZoB coördineert een organisatie uit de woonzorgsector het platform. Bij InnovAGE een organisatie uit de gezondheidszorg. Bij deze platformen kan een relatie tussen de doelstellingen van het platform en de coördinerende organisatie worden waargenomen.

Tabel 10. Sector waarin hoofdaanvragers en/of coördinatoren per platform actief zijn.

	AIPA	AZoB	LiCalab	InnovAGE	CareVille	Online Buurten
Kernpartner(s)	Openbaar bestuur (stad Aalst)	Zorgsector (Zorgbedrijf en Kenniscentrum woonzorg Brussel)	Onderzoek en onderwijs en openbaar bestuur (Thomas more en stad Turnhout)	Zorgsector (SEL GOAL)	Openbaar bestuur en onderzoek en onderwijs (stad Hasselt en Genk en LifeTechLimburg)	Openbaar bestuur (OCMW Brugge)

Coördinatie platformen:

- **In vier platformen treden de initiatiefnemers van het platform op als coördinator.**
- **In twee platformen is de stad hoofdaanvrager en treedt een andere organisatie op als coördinator.**
- **Bedrijven en organisaties uit de sector welzijnswerk treden nergens op als hoofdaanvrager of coördinator van het platform.**

4.2.3. Kritische reflectie

De platformen hanteren geen expliciet model met betrekking tot ouderen, terwijl we uit de literatuur weten dat nieuwe visies op ouderen het denken over innovaties kan versterken. We hebben verwezen naar de potentiële relevantie van een bio-psycho-sociale insteek, om naast bio-medisch afhankelijkheid ook oog te hebben voor psychologische en sociale aspecten die tevens een invloed uitoefenen op iemands functioneren. Het active ageing model laat toe om een aantal determinanten te identificeren waarop een interventie (in de vorm van een project, maar ook in het aansturen door het platform) kan inzetten. Verder is ook verwezen naar het feit dat langer zelfstandig thuis wonen een breed te definiëren concept is waarbij woning en woonomgeving breed moet ingeschat worden. Bovendien leert de literatuur dat behoeften en noden over de levensloop (ook de sociologische) evolueren en dat innovatiestrategieën beter niet uitgaan van een veralgemeend begrip oudere: “de” oudere bestaat niet, mensen hun levenssituatie en sociale situatie verandert continu. Uit onderzoek in Nederland blijken de redenen van verhuizen uit de thuissituatie verband houden met gezondheidsproblemen, cognitieve en functionele achteruitgang, een gebrek aan ondersteuning en onvoldoende hulp bij uitvoering van de activiteiten van het dagelijkse leven (ADL).

De analyse van de plannen toont dat er nauwelijks expliciete aandacht wordt besteed aan ouderen met cognitieve achteruitgang. Specifieke inclusiecriteria omtrent deze groep zijn namelijk niet terug te vinden. Dit terwijl bijv. depressie en dementie tot de meest voorkomende ziektebeelden bij ouderen behoren (St. John & Montgomery, 2009; European Commission 2014b). Het prevalentiecijfer voor dementie neemt toe naarmate men ouder wordt, van 9,3% op 65 jaar; 26,4% op 85 jaar tot 34,8% op 90 jaar. Depressie of dementie verhogen daarenboven de kans op opname in residentiële zorg. 70% van de ouderen met dementie wonen thuis (Gaugler et al., 2009; Harris, 2007). Vanuit die vaststellingen zouden we verwachten dat ouderen met cognitieve problemen en aangepaste strategieën een belangrijke plaats zouden krijgen in de ontwikkeling van innovaties.

In de voorstellen zijn globale en eerder vage aanduidingen te vinden zijn over het representativiteitscriterium van het panel. Het lijkt erop dat een meer uitgekristalliseerde visie om panelleden te rekruteren het platform (en de projecten) alleen maar ten goede kan komen. Door de inclusiecriteria vaag te formuleren bestaat het risico dat in de praktijk een selectief deel van de ouderenpopulatie betrokken wordt, die bereid zijn of makkelijker bereikt worden (mensen met hoog sociaal kapitaal). Door meer aangepaste recruiteringstrategieën, waarbij hoger wordt ingezet op persoonlijk contact, kunnen ook kwetsbare groepen actief worden betrokken, (cfr. de Buurtgerichte Sociale Activeringsmethode (Freitag et al., 2003)).

Alle platformen stellen dat ze oog hebben voor de socio-economische status en vooral dan de financiële draagkracht van ouderen. In mindere mate is er aandacht voor culturele diversiteit van de doelgroep. Er wordt niet diep ingegaan op hoe die diversiteit mee zal geïntegreerd worden. In dat verband kan het overwogen worden om partners die expertise hebben op het vlak van armoede en/of diversiteit meer te betrekken op platformniveau. Zij vormen een potentiële rechtstreekse toegang tot sleutelfiguren uit de gemeenschap (Steunberg et al., 2014).

Ondanks het feit dat alle platformen zich bewust zijn van het belang van mantelzorg om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen, nemen vijf platformen mantelzorgers effectief op in hun panel. Daarvan betrekken slechts drie platformen de mantelzorgers actief bij hun innovatieproces o.a. via online surveys, focusgroepen, interviews, enquêtes, brainstormen en gebruikerstesten. Omdat innovaties ook impact kunnen hebben op mantelzorgers is het aangewezen dat deze een actievere plaats zouden krijgen in het innovatieproces (Pralhad, 2000). Gekoppeld hieraan wordt weinig stilgestaan bij de diversiteit onder de mantelzorgers (sociaal kwetsbare groepen, uit landelijke en stedelijke gebieden, verschillen in leeftijd, geslacht, nationaliteit, sociaal economische status, culturele achtergrond, wel en niet inwonend en uit de residentiële sector en thuiszorg). Het ontbreken of vaagheid van inclusiecriteria kan er voor zorgen dat de mantelzorgers in de panels niet representatief zijn voor Vlaanderen waardoor de testresultaten van het innovatieproces niet generaliseerbaar zijn (Polit & Beck, 2010).

Uit de literatuur is bekend dat de balans tussen draaglast en draagkracht bij mantelzorgers bewaakt moet blijven om hen duurzaam betrokken te houden. De levenskwaliteit van mantelzorgers daalt erg bij het afnemen van sociale contacten door het opnemen van zorg (Borg & Hallberg, 2006). In die zin valt het op dat geen enkel platform werkt aan de fysieke of mentale draagkracht, bijvoorbeeld door in te zetten op een betere fysieke gezondheid van mantelzorgers en door het aanleren van effectieve copingsmechanismen (del-Pino-Casado et al., 2011; Lin & Wu, 2014).

Opvallend is dat, ondanks het feit dat innovaties in de ouderenzorg gepaard gaan met een potentieel verschillende invulling van zorgverstrekking (zowel formele als informele) bijzonder weinig aandacht wordt besteed aan arbeidsprocessen en de kwaliteit van de arbeid. Hoewel er veel verwezen wordt naar het optimaliseren van de samenwerking tussen zorgverstrekkers uit verschillende sectoren, en hoewel integrale of geïntegreerde zorg als concept wordt gebruikt, wordt er niet stilgestaan bij de wijze waarop arbeid gevolgen zal ondervinden van het veranderende landschap. Hier ligt nog een belangrijke agenda open.

Binnen de platformen zijn factoren aanwezig voor open innovatie. In elk platform is expertise aanwezig uit verschillende sectoren. Er kan echter zeker nagedacht worden welke type spelers uit doelrationele overwegingen eventueel op termijn nog mee aan boord kunnen genomen worden. Daarbij kan dan nagedacht worden of het evenwicht tussen “kern” en meer “perifere” netwerkpartners geoptimaliseerd moet worden. Daarin ligt ook een aanknopingspunt om verder door te denken over het bestuursmodel van de platformen. Innovaties zijn namelijk gebaat bij een doordachte denkoefening over rollen, taken, verantwoordelijkheden en wederzijdse verwachtingen in een samenwerkingsverband (Provan en Kenis, 2007; Turrini, e.a. 2010)

De effectiviteit van een samenwerking is afhankelijk van de wijze waarop met cultuurverschillen en belangentegenstellingen kan worden omgegaan in een netwerk. Elke partner zal problemen die voorliggen op een andere manier betekenis geven, heeft uiteenlopende belangen en kan bij de aanpak andere accenten leggen. Tussen partners met een verschillende achtergrond treden ook communicatieproblemen op (Keast & Mandell, 2009; Van Tomme e.a., 2011). Daarom is het belangrijk om in de fase van de netwerkvorming aandacht te besteden aan een gemeenschappelijk begrip over het doel en de manier van werken binnen het netwerk (Popp et al., 2013).

Effectiviteit houdt rechtstreeks verband met duurzaamheid van het platform. Wil een platform als een duurzame infrastructuur kunnen overleven is een visie en strategie vereist met doelstellingen op korte, midden en lange termijn. Dit tegen de achtergrond van het gegeven dat niet alle partners noodzakelijk dezelfde visie hebben. Als teveel aspecten impliciet blijven, loopt een netwerk het risico om op termijn tegen een aantal problemen aan te lopen. Een deel van de oefening zal er dus moeten uit bestaan een meer uitgekristalliseerde visie te ontwikkelen over wat de rol van het platform nu precies zal zijn en welke positie het platform opneemt ten aanzien van projecten die het onthaalt: bij het indienen van de platformvoorstellen lijkt het erop dat de platformen eerder een mix van projecten “omkaderen”, dan dat er een helder beeld is wat het platform kan betekenen in de aansturing en selectie van het type projecten.

4.3. De projecten

4.3.1. De wijze waarop de projecten het overheidsprogramma invullen

Dit deel gaat in op de vraag op welke manier de goedgekeurde projecten invulling geven aan de vooropgestelde doelstellingen van het programma.

4.3.1.1. Ouderen

De detailanalyses zijn terug te vinden in bijlage 13.

Ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven

Achttien projecten vermelden expliciet de doelstelling 'ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven'. De projecten verwijzen hierbij algemeen naar zo lang mogelijk kwaliteitsvol thuis wonen in de eigen thuisomgeving. Projecten zetten hiervoor in op het verhogen van de zelfredzaamheid op het basale, instrumentele en geavanceerde niveau.

- Projecten die zowel inzetten op het basale als het instrumentele niveau zijn: ProDomo (kwaliteitsvolle zorg thuis indien nodig), Woonzorgwijken (woonzorgwijk met zorgfuncties), LIATO (ondersteuning thuis), DIoTTO (ondersteuning thuis), Ongeplande heropnames (focus op behoud functioneren in de thuissituatie).
- Het instrumentele niveau komt aan bod bij de projecten ter verbetering van therapietrouw, met name: IMV, Therapietrouw & medicatieveiligheid, VAL-net en Memopatch. Ook Thuislevering van medicatie kan in dit perspectief gelezen worden. OPA werkt vooral op het instrumentele niveau door te focussen op woningaanpassingen en autonoom wonen in een grootstad.
- Projecten die zowel op het instrumentele als geavanceerde niveau inzetten zijn: Ouderentoets (toegang tot publieke leven), Wijk aan zet (autonomie en inclusie van iedereen) en Veilige mobiliteit bij ouderen (veilige mobiliteit en verplaatsingen buitenshuis).
- Een aantal projecten richten zich tot alle niveaus van zelfredzaamheid: Informeel buurtzorgnetwerk (oudere en (in)formeel netwerk autonoom laten functioneren), Casemanagement/trajectbegeleiding (individuele zorgplannen en -trajecten met contacten in de buurt), Sociaal makelaar (zorgnetwerk van ouderen versterken).
- Eén project (Time2Care) focust zich uitsluitend op het geavanceerde niveau, (gebruik maken van on(der)benutte sociale capaciteit van ouderen).

In een aantal projecten is de doelstelling enkel impliciet aanwezig. Cardiocoach zet in op het opvolgen van patiënten met hartfalen in de thuisomgeving. Er wordt niet expliciet verwezen naar de doelstelling 'ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven'. Jobtime tracht sneller en beter opgeleide zorgverleners ter beschikking te kunnen hebben in de thuisomgeving van ouderen. Het project Revalidatie van patiënten met herseninfarct in kortverblijf tracht de duur van hospitalisatie te verkorten door kortdurende revalidatie aan te bieden in woonzorgcentra om indien mogelijk wordt terugkeer naar huis te voorzien.

De doelstelling 'ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven' komt niet aanbod in de projecten Topshake en Diabetesmanagement.

De thuisomgeving verbeteren

Negentien projecten verwijzen expliciet naar verbeteringen in de thuisomgeving van ouderen.

- Er wordt ingezet op het verbeteren en toegankelijk maken van publieke ruimtes in de projecten Ouderentoets, Woonzorgwijken en Veilige mobiliteit bij senioren. Ook wordt aandacht geschonken aan publieke gebouwen binnen het project Ouderentoets.
- Aandacht voor mobiliteit wordt waargenomen binnen Ouderentoets en Veilige mobiliteit bij senioren. Beiden zetten in op het openbaar vervoer. Veilige mobiliteit heeft daarnaast aandacht voor rijvaardigheden van senioren.
- Er wordt ingezet op wonen binnen de projecten ProDomo en OPA aan de hand van woningaanpassingen, het project Ouderentoets waarbij aangepaste woonzorgzones worden uitgerold. LIATO en DIOOTTO zetten in op ouderen ondersteunen in de eigen woonomgeving door het creëren van een veilig gevoel. VAL-net zet in op veilige behuizing door het tegengaan van vallen.

Het aspect communicatie en technologie is vermeld bij vijftien projecten. De projecten zetten voornamelijk in op communicatie via internet van en naar ouderen. Vele projecten maken hiervoor gebruik van het communicatieplatform Cubigo.

Ouderen actief laten participeren om vereenzaming tegen te gaan

Sociaal-culturele participatie wordt aangekaart in acht projecten, zijnde Ouderentoets, Woonzorgwijken, Time2Care, Sociaal makelaar, Veilige mobiliteit bij ouderen, Informeel buurtzorgnetwerk, Wijk aan zet en Casemanagement. Deze projecten worden tevens binnen de derde hoofddoelstelling van het programma waargenomen.

Maatschappelijke participatie komt enkel bij Time2Care aan bod via vrijwilligerswerk voor en door ouderen.

Zes projecten formuleren expliciet de doelstelling 'ouderen actief laten participeren om vereenzaming tegen te gaan'.

Twee projecten, met name Veilige mobiliteit bij senioren en Casemanagement / trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk, geven expliciet aan in te zetten op het verminderen van de eenzaamheid, echter niet door ouderen actief te laten participeren maar door actief beroep te doen op het netwerk rondom de oudere. Veilige mobiliteit bij senioren tracht deze doelstelling te realiseren door de mobiliteit van ouderen te bevorderen.

De hoofddoelstellingen m.b.t. ouderen:

De projecten zetten voornamelijk in op het verbeteren van het instrumentele en geavanceerde niveau van functioneren.

Er is in de projecten aandacht voor een leeftijdsvriendelijke omgeving, maar niet in alle.

Zes projecten zetten expliciet in op het activeren van ouderen ter bestrijding of preventie van vereenzaming.

Zorg-eindgebruiker (cliënt, patiënt) is representatief voor Vlaanderen

Voor de selectie van mogelijke gebruikers op projectniveau worden diverse subgroepen van ouderen vermeld (bijlage 14). Er worden zowel breed als specifiek geformuleerde inclusiecriteria vermeld.

Projecten die deelnemers ruim definiëren zijn: ProDomo, Integrale ouderentoets, Woonzorgwijken, Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk, Informeel buurtzorgnetwerk, OPA, Veilige mobiliteit bij senioren (100 oudere gebruikers van identificatietool), Time2Care, Sociaal makelaar en Wijk aan zet.

Projecten waarbij specifieke criteria voorop worden gesteld zijn: LIATO, DIoTTO, Veilige mobiliteit bij senioren (150 ouderen met cognitieve beperking), IMV, Cardiocoach, Diabetesmanagement, Therapietrouw & medicatieveiligheid, Revalidatie van patiënten met herseninfarct in kortverblijf, Preventie van ongeplande heropnames, VAL-net, Memopatch, thuislevering van medicatie en Topshake.

Jobtime stelt geen criteria met betrekking tot de ouderen voorop.

Zeven projecten includeren ook niet-oudere deelnemers.

- Drie projecten binnen AIPA formuleren geen minimale leeftijdsgrens. Zo includeert ProDomo ondermeer medioren en tracht hierbij aandacht te besteden aan de ouder wordende generatie. Ook Integrale ouderentoets richt zich niet specifiek naar ouderen. Het project includeert voornamelijk sociaal zwakkere groepen en mensen met audiovisuele, motorische en cognitieve beperkingen. Het project Woonzorgwijken includeert iedereen die woonachtig is binnen de afgebakende 'woonzorgzone'.
- Binnen LiCalab bevinden zich tevens drie projecten waarbij geen minimum leeftijdsgrens wordt vooropgesteld. Het project thuislevering van medicatie includeert zorgbehoevende weinig- of niet-mobiele mensen die ontslagen worden uit het ziekenhuis en niet zelfstandig naar de huisapotheker kunnen gaan. Time2Care richt zich vervolgens naar kwetsbare groepen, ongeacht leeftijd. Tenslotte, aan het project Sociaal makelaar kan iedereen meedoen. Ook hier ligt de focus op mensen in een kwetsbare positie.
- Het project Wijk aan zet binnen Online Buurten richt zich specifiek naar de doelgroep ouderen. Echter wordt iedereen binnen de wijk actief betrokken (scholen, winkels,...).

Een aantal deelnemers wordt geïncludeerd op basis van een pathologie en/of stoornis.

- Binnen CareVille: Het project Veilige mobiliteit bij senioren richt zich ondermeer tot ouderen met cognitieve beperkingen. IMV includeert patiënten met type 2 diabetes of dementie. Cardiocoach beoogt nieuw gediagnosticeerde hartfalen patiënten.
- Binnen het platform InnovAGE: Diabetesmanagement includeert woonzorgbewoners met diabetes. Het project 'revalidatie van patiënten met herseninfarct in kortverblijf' focust specifiek op een welbepaalde groep patiënten met een herseninfarct.

Tabel 11 geeft aan op welke wijze de deelnemers van het project gerekruteerd worden.

Tabel 11. Rekruteringswijze projecten.

	AIPA					LiCalab				CareVille				InnovAGE						AZoB			O B
	Pro DoMo	Ouderen toets	Woonzorgwijken	LIATO	DioTTO	Thuislevering	TIme2Care	Topshake	Sociaal makelaar	Cardiocoach	Veilige mobiliteit	IMV	Jobtime	Diabetesmanagement	Therapietrouw &	Ongeplande herop.	VAL-net	Memopatch	Reva herseninfarct	Casemanagement	OPA	Buurtzorgnetwerken	Wijk aan zet
Via platform																							
Via project																							

Legende: expliciet aanwezig (), impliciet aanwezig (), afwezig ()

Alle projecten binnen CareVille en InnovAGE rekruteren actief eigen deelnemers voor het project, binnen de setting waarbinnen het project uitgerold is. De projecten Cardiocoach, Veilige mobiliteit en IMV geven aan dat indien er onvoldoende proefpersonen zouden gevonden worden, het platform CareVille ondersteuning zal bieden in het rekruteren van deelnemers. Twee projecten binnen InnovAGE (Therapietrouw & medicatieveiligheid en Memopatch) geven tijdens het interview aan dat zij ook zullen beroep doen op het platform indien men binnen het project zelf onvoldoende deelnemers kan rekruteren.

Voor de projecten binnen AZoB wordt voornamelijk beroep gedaan op het platform (Casemanagement en OPA). Het project buurtzorgnetwerk geeft aan te zullen afstemmen met het platform om deelnemers te rekruteren.

Deelnemers van projecten binnen AIPA, LiCalab, AZoB en Online Buurten worden hoofdzakelijk via het platform gerekruteerd. De projecten van CareVille en InnovAGE staan voornamelijk in voor het rekruteren van deelnemers.

Binnen zeven projecten wordt geen minimum leeftijd vooropgesteld met betrekking tot de groep die wordt betrokken in het project.

Zorg-eindgebruiker (cliënt, patiënt) staat centraal

Zeventien projecten geven expliciet aan de innovatie te zullen afstemmen op de wensen, noden en/of behoeften van ouderen. De ouderen zullen actief betrokken worden op verschillende momenten van het project, voornamelijk aan de hand van co-creatietechnieken. Een aantal projecten verwijst naar andere methodieken:

- RCT (ouderen worden bevraagd, bv. enquête): Cardiocoach en Diabetesmanagement
- Focusgroep: Memopatch
- Niet gespecificeerd: Veilige mobiliteit bij senioren, IMV, Ongeplande heropname, Casemanagement / trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk, OPA en Informeel buurtzorgnetwerk.

Binnen de projecten Ongeplande heropnames en Revalidatie van patiënten met herseninfarct nemen ouderen deel aan alle projectfases. Er wordt echter niet expliciet omschreven in welke mate rekening wordt gehouden met aanwezige noden en behoeften en op welke wijze ouderen betrokken zullen worden. Bij Casemanagement / trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk wordt niet verwezen naar een methode om ouderen te betrekken.

Tabel 12 geeft inzicht in de duur die de projecten vooropstellen om de ouderen te betrekken.

Tabel 12. Aantal ouderen en duur deelname in projecten.

Project	Aantal ouderen	Duur deelname
ProDomo	40 (+20)	1 dag - aantal maanden
Ouderentoets	n.a.	1 dag - ...
Woonzorgwijken	50	Geen limiet voorzien
LIATO	10	2-3 maanden
DIOtTO	(2-40) diverse activiteiten	1 dag - 2 jaar
Thuislevering medicatie	50-70	Min. 12 bestellingen/jaar
Time2Care	350	Min. 35u/jaar
Topshake	45	Maanden
Sociaal makelaar	100	Maanden - jaren
Cardiocoach	150	6 maanden
Veilige mobiliteit	60-310	Maanden - jaren
IMV	200 (+200)	12 maanden
Jobtime	60-80	Maanden - jaren
Diabetesmanagement	30 contr. +30 interventie	3 maanden
Therapietrouw	30	6-12 maanden
Ongeplande heropname	620-1560	1 + 3 maanden
VAL-net	75	Maanden - jaren
Memopatch	100	12 weken
Reva in KV	24	3-4 weken
Casemanagement	300	Maanden - jaren
OPA	400	Maanden - jaren
Buurtzorgnetwerk	min. 100	Maanden - jaren
Wijk aan zet	min. 60	Maanden - jaren

Binnen zeventien projecten staat de oudere centraal.

De tijd waarin ouderen betrokken worden in het project varieert tussen één dag tot jaren.

4.3.1.2. Mantelzorgers

Zorg-eindgebruiker (mantelzorger) is representatief voor Vlaanderen

Hoewel de meeste projecten een innovatie ontwikkelen die (in)direct een effect zal hebben op mantelzorgers is een groot aantal projecten niet van plan om mantelzorgers op te nemen in hun panel. Bij de projecten Thuislevering Geneesmiddelen, OPA, Therapietrouw Thuiswonende ouderen en Ouderentoets wordt met mantelzorg rekening gehouden, maar staan ze niet centraal in het onderzoek of worden ze niet actief betrokken bij de ontwikkeling van de innovatie. De mantelzorgers zullen in deze projecten aangesproken worden om te spreken in naam van de ouderen wanneer die daar zelf niet meer toe in staat zijn.

Bij de meeste projecten is het niet bekend hoeveel mantelzorgers geïnccludeerd zullen worden. Bij de projecten waar dit wel zal gedaan worden, varieert het aantal tussen 10 en 200 mantelzorgers. Topshake en IMV zijn de enige projecten die van plan zijn om vanuit het platform waar ze deel van uitmaken hun mantelzorgers te rekruteren.

Twee projecten hebben inclusie- en exclusiecriteria voor mantelzorgers. Het IMV-project zal enkel mantelzorgers van thuiswonende ouderen met dementie opnemen. Het project DIOTTO wil mantelzorgers includeren met een eigen internettoegang thuis, die in het bezit zijn van een computer, met en zonder vertrouwdsheid van een smartphone of een tablet, met beperkte en ruime affiniteit met het web, van verschillende leeftijden, die wel of niet familie zijn van de oudere, die wel of niet Engels verstaan, die ver of dicht wonen en die wel of niet beroepsactief zijn.

Met uitzondering van één project is nergens aangegeven hoe mantelzorgers gerekruteerd zullen worden. Het project Troeven zal mantelzorgers rekruteren via een oproep in stadskrant, door te flyereren op de markt en door een stand op dag van de zorg te voorzien.

Zes projecten gaven bij de bevraging aan welke methodes gehanteerd worden om mantelzorgers te betrekken bij het ontwikkelingsproces van de innovaties.

- Topshake zal co-creatiesessies en validatietesten opzetten.
- In het project Cardiocoach worden enquêtes afgenomen.
- In het project Jobtime zullen interviews en focusgroepen georganiseerd worden.
- In het project Woonzorgwijken zal enkel gebruik gemaakt worden van focusgroepen.
- In het project Revalidatie Patiënten Kortverblijf zal een tevredenheidsenquête opgezet worden en zal de levenskwaliteit van de mantelzorgers gemeten worden na het invoeren van het innovatieve zorgtraject.

- In het project DIoTTO zal het grootste aantal verschillende methodes gebruikt worden namelijk: brainstorming, observaties, diepte-interviews, vragenlijsten, dagboeken, veldstudies en een willingness-to-pay studie.

In bijlage 19 is een gedetailleerd overzicht terug te vinden van de rekruteringsstrategie van de projecten.

Zeventien projecten zullen mantelzorgers opnemen in hun testpanel.

Geen enkel project heeft een duidelijke rekruteringsstrategie met inclusie- en exclusiecriteria.

Zes projecten gaven aan via welke methodes de mantelzorgers betrokken zullen worden in het innovatietraject.

Zorg- eindgebruiker (mantelzorger) staat centraal

Alle projecten vermelden de term mantelzorg in hun projectaanvraag. Niet alle projecten beschrijven echter hun visie op mantelzorg. Als er een onderliggende visie aanwezig is, verwijst die steeds naar de balans tussen draaglast en draagkracht.

- De projecten Casemanagement, OPA, Ouderentoets, Pro DoMO, Cardiocoach, Jobtime, Woonzorgwijken en LIATO maakten geen visie op mantelzorg kenbaar in hun projectaanvraag.
- Het project Informele (buurt)zorgnetwerken stelt dat de druk op mantelzorgers te hoog is, mede door aan een gebrek aan erkenning van mantelzorgers en het spanningsveld met professionele hulpverleners.
- De projecten Thuislevering van Medicatie en Sociaal Makelaar wijzen op de dalende mantelzorgratio.
- De projecten VAL-net en Therapietrouwcentrum geven aan dat mantelzorgers een belangrijke rol hebben in het bevorderen van de therapietrouw van ouderen. Het project VAL-net geeft aan dat de draaglast van mantelzorgers verminderd en de draagkracht verhoogd kan worden bij een hogere therapietrouw van de oudere.
- Volgens het project Ongeplande heropnames zorgt een daling van het aantal heropnames van ouderen voor een daling van de draaglast van mantelzorgers.
- Het project Revalidatie Patiënten Herseninfarct Kortverblijf wijst er op dat de tevredenheid van mantelzorgers verhoogd kan worden door een sneller ziekenhuisontslag van de oudere.

- Gezien de toenemende druk op mantelzorgers gaven verschillende projecten (IMV, Wijk Aan Zet, DIOOTTO, Revalidatie Patiënten Herseninfarct Kortverblijf en Time2Care) aan dat mantelzorgers ondersteund moeten worden zodat ouderen langer en kwaliteitsvoller thuis kunnen wonen. Het project Topshake voegt hier nog aan toe dat mantelzorgers ondersteund moeten worden om ouderen met dementie langer thuis te laten wonen.
- Sommige projecten willen inzetten op de kennisverhoging van mantelzorgers. Het project Diabetesmanagement wijst op de belangrijke rol die mantelzorgers hebben in de zorg voor ouderen met diabetes en dat mantelzorgers daarom ook opgeleid moeten worden om deze rol adequaat te kunnen opnemen. Het project Therapietrouw Thuiswonende Ouderen streeft tevens naar degelijke kennis van mantelzorgers.
- In andere projecten wordt meer aangekaart hoe mantelzorgers een aantal taken kunnen opnemen. Het project Veilige Mobiliteit bij Senioren ziet een belangrijke rol voor mantelzorgers in het regelen van het vervoer van ouderen en het diagnosticeren van problemen in het rijgedrag van ouderen.

In bijlage 20 is een gedetailleerd overzicht terug te vinden van de visie van de projecten op mantelzorg.

Alle projecten zijn zich bewust van het belang van de rol die mantelzorgers spelen om ouderen langer thuis te laten wonen.

Slechts enkele projecten beschrijven hoe mantelzorgers kunnen ondersteund worden.

4.3.1.3. Zorgverlening

Er zijn bijzonder weinig projecten waar wordt ingezet op arbeid en organisatievraagstukken die gepaard gaan met de innovatie. We kunnen in dit verband weinig toevoegen aan wat is besproken op platformniveau.

4.3.1.4. Technologie

Vier projecten zetten heel expliciet in op het gebruik van innoverende technologie in de woning van de oudere met als rechtstreeks doel de zelfstandigheid van de oudere in de thuisomgeving te vergroten.

Voor de andere projecten is weinig meer te vertellen over technologie dan wat al besproken is op platformniveau

4.3.1.5. Samenwerking

Open innovatie

In drie projecten komen alle partners uit één sector (bijlage 8): Therapietrouw (InnovAGE) DIoTTo en LIATO (AIPA). In de projecten wordt wel verwezen naar het feit dat er beroep kan gedaan worden op het advies van organisaties die participeren op platformniveau.

Sommige partners zijn betrokken in projecten, maar niet in de platformen. Mogelijk kan hier een breuk ontstaan tussen de visie op platformniveau en die op projectniveau. Bij InnovAGE en AIPA worden 19 organisaties opgenomen in de projecten die niet vermeld zijn bij het platform, bij LiCalab 12, bij CareVille zijn dit er 8 bij AZoB 5 (tabel 13).

Tabel 13. Totaal aantal formeel opgenomen partners per platform rekening houdend met partners op projectniveau.

	AIPA	AZoB	LiCalab	InnovAGE	CareVille	Online Buurten
Platform	11	6	5	10	17	6
Nieuwe partners projecten t.o.v. platform	19	5	12	19	8	0
Totaal platform en project	30	11	17	29	25	6

Complexiteit netwerk:

- **In drie projecten wordt samengewerkt tussen organisaties uit slechts één sector.**
- **Bij alle platformen behalve Online Buurten worden in de projecten t.o.v. het platform bijkomende partners betrokken.**
- **Grote verschillen tussen de platformen naar het aantal bijkomende partners in de projecten t.o.v. het platform.**

Duurzaamheid

Projecten zijn over het algemeen opgezet als tijdelijke constructies. Slechts één project verwijst expliciet naar de intentie tot het uitbouwen van een duurzaam samenwerkingsverband.

- In het project Time2Care wordt een coöperatie opgericht, die de kennis en expertise nodig voor de ontwikkeling en uitrol van een zorgmunt bundelt. De coöperatie heeft de ambitie om naast de ontwikkeling van de zorgmunt expertisepartner te worden voor het Vlaamse gebied en een business model te ontwikkelen dat duurzaam is en niet blijvend afhankelijk van overheidsdotaties.

LiCalab is het enige platform dat als onderaannemer wordt opgenomen in de projecten 'kwalitatieve thuislevering van geneesmiddelen' en 'Sociaal makelaar'. LiCalab is dan ook het enige platform dat een juridische rechtsvorm heeft aangenomen.

duurzaamheid:

- **Eén project zet expliciet in op de uitbouw van een duurzame samenwerking.**
- **In twee projecten treedt het platform LiCalab formeel op als onderaannemer.**

4.3.2. Inzichten uit de literatuur

4.3.2.1. Ouderen

Het active ageing model

Ook bij de projecten is getoetst welke modellen of visies op ouderen in de projecten zijn terug te vinden (bijlage 15). Binnen Time2Care is het active ageing model expliciet aanwezig.

Geen model of visie met betrekking tot ouderen en ouder worden is aanwezig binnen de projecten Topshake, IMV, Jobtime, Diabetesmanagement en OPA.

Woonzorgwijken geeft tijdens het interview expliciet aan dat het foutief is te vertrekken vanuit de ouderen. Het is belangrijk rekening te houden met de ouder wordende populatie.

Een aantal projecten geeft aan de doelgroep ouderen te activeren: ProDomo, Cardiocoach, Revalidatie in KV en Informele buurtzorgnetwerken. Hierbij aansluitend worden de concepten "empowerment", "zelfbepaling en vanuit de eigen krachten" vermeld bij Sociaal makelaar, Casemanagement, Veilige mobiliteit, VAL-net, Time2Care, Informeel buurtzorgnetwerk en Wijk aan zet. "Afhankelijkheid" en "tegengaan/ondersteunen functionele achteruitgang" wordt vermeld binnen Thuislevering medicatie, Cardiocoach en Ongeplande heropname. Een aantal projecten tracht ouderen te ondersteunen: LIATO, DIoTTO, Therapietrouw en Memopatch. Binnen het project Ouderentoets wordt aangegeven dat niet de persoon een beperking heeft, maar wel de omgeving.

Vervolgens wordt onderzocht welke active ageing determinanten binnen de projecten terug te vinden zijn (bijlage 16). Van zodra één van de items binnen een determinant aanwezig is, wordt de determinant als 'aanwezig' beschouwd.

- Determinant 'gezondheid en sociale diensten' is binnen negentien projecten expliciet aanwezig. Aspecten zoals betere zorg op maat, efficiëntere en integrale zorg staan beschreven in de proposals. Binnen vier projecten wordt de betreffende determinant niet waargenomen, meer bepaald Ouderentoets, LIATO, DIoTTO en OPA.
- Negen projecten zetten expliciet in op het determinant 'gedrag', één project impliciet. Voornamelijk therapietrouw bevorderen wordt hierbinnen waargenomen (Cardiocoach, Therapietrouw & medicatieveiligheid, VAL-net en Memopatch).
- Binnen acht projecten wordt de determinant 'persoonlijke factoren' expliciet waargenomen, bij één project impliciet. Empowerment van ouderen wordt in deze context het meeste waargenomen (Wijk aan zet, Informele buurtzorgnetwerk, Casemengement, Sociaal makelaar en Time2Care).

- Acht projecten zetten in op de fysieke omgeving. Vijf projecten binnen AIPA maken hiervan deel uit. Veiligheid, toegankelijkheid en levensloopbestendig wonen worden hierbij waargenomen. De overige drie projecten worden telkens binnen een ander platform waargenomen, met name OPA, VAL-net en Veilige mobiliteit bij senioren.
- De component sociale omgeving werd besproken in paragraaf 4.3.1.1 binnen het onderdeel 'Ouderen actief laten participeren om vereenzaming tegen te gaan'.
- In 20 projecten wordt impliciet verwezen naar economische aspecten. Zo wordt rekening gehouden met de betaalbaarheid voor gebruikers en/of de maatschappij. Expliciet wordt echter niet verwezen naar sociale bescherming van ouderen, tegengaan armoede of garantie op waardig werk.

Het active ageing model is expliciet aanwezig binnen één project.

De active ageing determinant die voornamelijk aanwezig is binnen de projecten betreft 'gezondheid en sociale diensten'.

Binnen de projecten gaat de minste aandacht uit naar het active ageing determinant 'persoonlijke factoren'.

4.3.2.2. Mantelzorgers

Verschillende initiatieven worden opgezet om de draaglast te verlagen op financieel, mentaal en fysiek niveau of door rekening te houden met de tijd die mantelzorger investeert.

- De projecten Casemanagement, Veilige Mobiliteit en DIOTTO geven aan dat extra aandacht zal besteed worden aan het betaalbaar houden van de innovaties.
- Enkel het OPA-project zal inspelen op de fysieke component van draaglast door het werkcomfort en de veiligheid te vergroten via woningaanpassingen. Bij het Pro DoMo-project kan hier eveneens een effect verwacht worden maar werd dit niet expliciet beschreven in de projectaanvraag.
- Twee projecten willen de mentale draaglast verlagen door ongerustheid te voorkomen of verminderen bij mantelzorgers. De projecten Therapietrouw en DIOTTO willen dit doen door continue monitoring van ouderen. Bij de projecten LIATO, Cardiocoach, IMV en Veilige Mobiliteit kan de ongerustheid van mantelzorgers tevens verminderd worden. Deze projecten beschreven dit echter niet expliciet in hun projectaanvraag.

- Het project Thuislevering van Medicatie geeft expliciet aan dat een daling van de gespenderde mantelzorgtijd een doel is. De projecten Casemanagement, Informele (buurt)zorgnetwerken en Wijk Aan Zet, Therapietrouwcentrum, LIATO en DIOTTO gaven niet expliciet aan dat het verlagen van de mantelzorgtijd een doel is van hun innovatietraject maar positieve effecten qua tijd kunnen hier eventueel optreden.

Verschillende initiatieven worden opgezet om de draagkracht van mantelzorgers te verhogen op een sociaal niveau maar tevens door de samenwerking met professionele hulpverleners te verbeteren en door de kennis van mantelzorgers te verhogen.

- Vijf projecten (Casemanagement, Informele (buurt)zorgnetwerken, Wijk Aan Zet, Sociaal Makelaar en Troeven) zullen de sociale draagkracht van mantelzorgers trachten te verstrekken door het opzetten van een buurtnetwerk. De projecten Revalidatie Patiënten Herseninfarct Kortverblijf, DIOTTO, Thuislevering Geneesmiddelen, OPA, Diabetesmanagement, Cardiocoach, IMV en Wijk Aan Zet zullen educatiesessies of praktische vaardigheidstrainingen voorzien om het gebruik van de innovaties voor mantelzorgers te faciliteren.
- Zes projecten (Casemanagement, Cardiocoach, VAL-net, Revalidatie Patiënten Herseninfarct Kortverblijf, Therapietrouwcentrum en Woonzorgwijken) streven naar een betere samenwerking tussen professionele hulpverleners en mantelzorgers door middel van digitale communicatietools. In de projecten Sociaal makelaar en Preventie Ongeplande Opnames zal via het creëren van een nieuwe functie getracht worden om deze samenwerking te verbeteren.
- Het project Diabetesmanagement wil de kennis van mantelzorgers omtrent diabetes verhogen en streeft zo naar een kwaliteitsvollere mantelzorg.

Een gedetailleerd overzicht van de componenten van draaglast en draagkracht waar de projecten op inzetten is terug te vinden in bijlage 17.

Er werden slechts enkele potentiële effecten op de draaglast en draagkracht beschreven door de projecten. Opvallend is dat geen enkel project inspeelt op de sociale component van draaglast en op de fysieke en mentale component van draagkracht.

4.3.2.3. Samenwerking

Keuze van partners

De projecten worden over het algemeen gedragen door een kern van partners die al een geschiedenis van samenwerking hebben en daar (eventueel) andere partners bij betrekken (bestaande samenwerkingen met nieuwe partners).

In het platform AIPA, projecten uit eerste call en 2 projecten uit de tweede call (Woonzorgwijken en LIATO) en het project op het platform Online Buurten zijn de samenwerkingsverbanden volledig ontstaan op basis van het programma. Er werd dus nog niet eerder samengewerkt tussen de betrokken organisaties binnen deze projecten. Het project DIoTTo (AIPA) uit de tweede call is een project dat verder wordt ontwikkeld op basis van een bestaand idee waarrond beide partners reeds samenwerkten.

De samenwerkingsverbanden binnen de projecten van het platform InnovAGE zijn zowel bestaande samenwerkingen (Therapietrouw), volledig nieuwe samenwerkingen (Revalidatie van patiënten met een herseninfarct) als bestaande samenwerkingen die werden aangevuld met nieuwe partners (Diabetesmanagement; Memopatch; Preventie van ongeplande heropnames en VAL- net).

Net zoals bij InnovAGE zijn de samenwerkingsverbanden van de projecten binnen CareVille op verschillende wijzen ontstaan. Samenwerkingsverbanden ontstaan op basis van eerdere samenwerkingen (projecten Cardiocoach en Veilige mobiliteit), eerdere samenwerking aangevuld met bijkomende partners in het project (Jobtime) en samenwerkingen tussen partners die eerder nog niet hebben samengewerkt (IMV).

Binnen het platform LiCalab is er één project waarbij de partners voorheen al hebben samengewerkt (Topshake) de samenwerking binnen de andere projecten is gebaseerd op eerdere samenwerking en het betrekken van extra partners in functie van de probleemstelling en doelstelling.

De projecten binnen AZoB bouwen voort op een bestaande samenwerking waarbij nieuwe partners worden betrokken net zoals in het platform.

Ontstaan van samenwerkingsverband:

- op basis van eerdere samenwerkingen (DioTTo; Therapietrouw; Cardiocoach; Veilige mobiliteit; Topshake).
- op basis van eerdere samenwerking én het betrekken van nieuwe partners (Diabetesmanagement; Memopatch; Preventie van ongeplande heropnames; VAL-net; Jobtime; Time2Care; Kwalitatieve thuislevering van geneesmiddelen; Sociaal makelaar; OPA; Informele (buurt)zorgnetwerken en Case- management).
- in functie van doelstelling van programma (ProDoMo; Integrale ouderentoets; Woonzorgwijken; LIATO; Wijk aan zet; Revalidatie van patiënten met een herseninfarct en IMV).

Bestuursmodel

Binnen de projecten zien we dat de samenwerking zeer projectmatig is opgezet en decentraal wordt aangestuurd. In sommige projecten zien we echter dat twee of meer overlegorganen als bestuursstructuur worden voorzien (Diabetesmanagement; Preventie van ongeplande heropnames; Time2Care; Jobtime en Wijk aan zet) (zie bijlage 18).

Governance model:

- **Projecten worden decentraal aangestuurd.**

Coördinatie en bestuur van het netwerk

Bij de projecten zijn de hoofdaanvragers telkens coördinator van het project. In zeven projecten is de hoofdaanvrager of coördinator echter niet de initiatiefnemer van het project.

- Project Cardiocoach is een initiatief van onderaannemer Mobile health unit en Life TechLimburg. De hoofdaanvrager van het project is bedrijf Remedus.
- Bij de projecten Casamanagement, OPA, Buurtzorgnetwerken hebben andere dynamieken gespeeld in Antwerpen en Brussel. Ze kennen elk eigen initiatiefnemers om de projecten lokaal uit te werken. Uit interviews komt dat verschillende dynamieken gespeeld hebben langs beide kanten waarbij toch telkens stad Antwerpen of Zorgbedrijf hoofdaanvrager is.
- Project Wijk aan zet is ontstaan op vraag van OCMW Brugge en sociaal huis Oostende en de hoofdaanvrager is BlueAssist.

- Bij het project LIATO komt het initiatief vanuit bedrijf Songlines bvba en hoofdaanvrager is de partner AllThingsTalk bvba.
- De idee van het project Sociaal makelaar is ontstaan vanuit Thomas More en werd verder uitgewerkt met steun vanuit het platform LiCalab waardoor contact werd opgenomen met de stad Turnhout.

Coördinatie platformen:

- **Bij de projecten zijn hoofdaanvragers van het project telkens coördinator.**
- **Bij zeven projecten is de hoofdaanvrager of coördinator geen initiatiefnemer van het project.**

4.3.3. Kritische reflectie

De platformen richten zich wenselijk tot een zo breed mogelijk publiek, ten einde zoveel mogelijk gebruikers te laten participeren aan het platform. Binnen de projecten dient de doelgroep specifiek beschreven te worden. Dit is wenselijk ten einde het innovatieve product, dienst of proces zo nauwkeurig mogelijk te laten aansluiten bij de behoeften en noden van de eindgebruikers.

In een geïndividualiseerde samenleving is inzetten op sociale participatie van groot belang. Ook kwetsbare burgers dienen vanuit eigen kracht centraal te staan (Vandeuren, 2014). Alle platformen zetten expliciet in op de doelstelling 'sociale participatie' om zo vereenzaming tegen te gaan. Slechts zes projecten rollen expliciet initiatieven uit waarbij ouderen sociaal actief kunnen participeren.

Er worden ouderen betrokken binnen de projecten. Echter, niet alle ouderen worden doorheen het hele proces van de innovatie betrokken. Er wordt gewerkt met deelgroepen waar in- en uitstroom mogelijk is. Met het oog op innovaties uitwerken voor een representatieve populatie is het belangrijk om te monitoren welke deelgroepen van ouderen er op welk moment wordt betrokken.

Verschillende active ageing determinanten kunnen binnen de projecten waargenomen worden. Echter, over alle projecten heen worden er nog op bepaalde deelaspecten niet ingezet, met name: fysieke activiteiten, gezond eten, beperken alcohol-inname, afleren tabaksgebruik (gedrag); biologische en genetische factoren die mee het verouderingsproces beïnvloeden, psychische factoren mbt coping (persoonlijke factoren) en verminderen armoede en mogelijkheden tot waardig werk (economisch). Deze onderwerpen zijn een opportuniteit voor nieuwe projecten.

De meeste projecten ontwikkelen en testen innovaties die (in)direct effect hebben op mantelzorg. Om deze reden is het aangewezen om deze doelgroep, als toekomstige eindgebruiker, ook daadwerkelijk actief te betrekken bij de ontwikkeling van de innovaties. Ondanks het feit dat alle platformen zich bewust zijn van het belang van mantelzorg neemt een groot aantal projecten geen mantelzorgers op in hun testpopulatie. Verschillende projecten 'gebruiken' mantelzorgers wel om te spreken in naam van de ouderen wanneer die daar zelf niet meer toe in staat is. Het is belangrijk dat mantelzorgers ook effectief betrokken zullen worden via co-design bij het innovatieproces aangezien ze later daadwerkelijk gebruik moeten maken van de innovaties die ontwikkeld zijn voor ouderen of voor henzelf (Pralad, 2000). Positief is dat de platformen verschillende co-design technieken zullen hanteren, namelijk: co-creatiesessies, enquêtes, interviews, focusgroepen, levenskwaliteit meten, brainstorming, observaties, dagboeken, en willingness-to-pay studies. Aangezien deze technieken slechts door zes projecten beschreven werden, ontbreekt bij de meeste projecten een degelijk onderzoeksplan met een vastgelegde methodologie om mantelzorgers te betrekken bij het innovatietraject.

Opmerkelijk is dat geen enkel project een duidelijke rekruteringsstrategie heeft met duidelijke inclusiecriteria voor de doelgroep mantelzorgers. Dit kan er toe leiden dat de mantelzorgers in de testpanels niet representatief zijn voor Vlaanderen waardoor de testresultaten van het innovatieproces niet generaliseerbaar zijn (Polit & Beck, 2010).

Alle projecten zijn zich min of meer bewust van het belang van de rol die mantelzorgers spelen om ouderen langer thuis te laten wonen. De projecten hebben echter een verschillende visie over de wijze waarop de mantelzorgers ondersteund kunnen worden in deze rol. Globaal gezien zullen de projecten innovaties ontwikkelen die mantelzorgers kunnen ondersteunen door hun draaglast te verlagen op een fysiek, financieel en mentaal niveau, door de benodigde tijd voor mantelzorgtaken te verlagen, door de sociale draagkracht te verhogen, door de kennis en vaardigheden te verhogen en door de samenwerking met professionals in de zorg te verbeteren. Geen enkel platform beschreef in de actieplannen initiatieven om de aspecten van sociale draaglast van mantelzorgers te verlagen. Uit de literatuur blijkt nochtans dat de levenskwaliteit van mantelzorgers erg daalt bij het afnemen van sociale contacten door het opnemen van zorg (Borg & Hallberg, 2006). Geen enkel platform zal de draagkracht op een fysiek of mentaal niveau proberen te verhogen. Dit kan bijvoorbeeld door de in te zetten op een betere fysieke gezondheid van mantelzorgers en door het aanleren van effectieve copingsmechanismen (del-Pino-Casado et al., 2011; Lin & Wu, 2014). Deze maatregelen kunnen ervoor zorgen dat minder bio-psycho-sociale gezondheidsproblemen optreden. Hierdoor worden een aantal negatieve gevolgen voor ouderen voorkomen zoals bijvoorbeeld een vervroegde institutionalisering of het niet krijgen van de nodige zorg (Carretero et al., 2009).

Naast de voornamelijk positieve effecten die projecten willen bereiken, dient tevens aandacht besteed te worden aan de mogelijk negatieve effecten die de innovaties met zich kunnen meebrengen voor mantelzorgers. Voornamelijk bij de projecten waar technologische innovaties getest worden bestaat een reëel risico dat de financiële draaglast voor mantelzorgers kan verhogen.

Uit deze analyse van de complexiteit van de projectnetwerken komt naar voor dat één organisatie (Aristoco) optreedt als aanvrager in drie platformen (AZoB; LiCalab en Online Buurten) en in drie projecten als onderaannemer (project Revalidatie van patiënten met herseninfarct in kortverblijf bij InnovAGE; Sociaal makelaar bij LiCalab en Wijk aan zet bij Online Buurten). Dit brengt het risico met zich mee dat wanneer een organisatie betrokken is in verschillende platformen en projecten het kan dat wanneer het minder goed gaat in een bepaald project de samenwerking sneller zal beëindigd worden. Een opportuniteit hierbij is dat de organisatie kan leren uit ervaringen in een bepaald project die andere projecten ten goede kan komen.

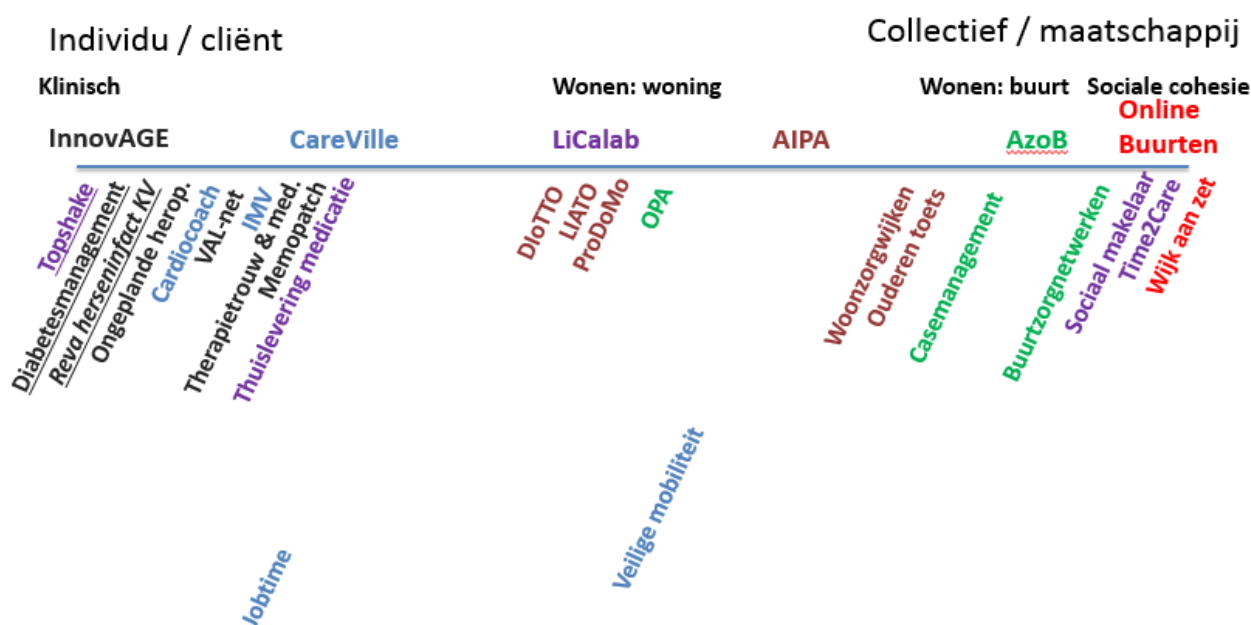
Wanneer projecten een complex bestuursmodel hebben kan dit belemmerend werken voor de uitwerking van het project omwille van de complexiteit in overleg dat hierdoor gecreëerd wordt. Dit is het bijzonder wanneer dezelfde partners deelnemen aan overlegorganen op platform- en projectniveau. De ervaring van een te complexe overlegstructuur werd reeds aangegeven door sommige projectpartners tijdens de interviews. Bijkomend werd aangegeven dat een complexe overlegstructuur belemmerend werkt voor de uitvoering van het operationele werk in het veld. Het is dus belangrijk dat wanneer er concreet vorm wordt gegeven aan het bestuursmodel van de platformen en projecten er met het geheel van overlegorganen rekening wordt gehouden.

4.4. Clustering

Op basis van de voorgaande analyses kunnen projecten (en platformen) gegroepeerd worden. Het gaat in dit deel om een eerste aanzet om een aantal transversale tendensen bloot te leggen op basis van topics die we in het vorige deel hebben bekeken.

4.4.1. Per thema

Een eerste manier om de projecten en platformen te groeperen heeft te maken met het onderscheid op de projecten eerder georiënteerd zijn op het ondersteunen van het individu of meer werken aan de collectiviteit waarvan dat individu deel uitmaakt. Het gaat hier om een analytische en rudimentaire typering, maar we zullen verder zien dat deze clustering helpt om de relatie tussen platform en projecten wat beter te begrijpen (figuur 4).



Figuur 4. Clustering platformen en projecten per thema.

Aan de linkerkant bevinden zich de platformen en projecten die voornamelijk inzetten op het individu/de cliënt. Daar tegenover worden platformen en projecten teruggevonden die voornamelijk op maatschappelijk of collectieve aspecten inzetten en actief buurtgericht werken. Tussenin worden platformen en projecten gesitueerd die inzetten op de woning en woonomgeving.

Het platform InnovAGE zet vooral in op geïntegreerde zorg via aangepaste zorgmodellen binnen de leefomgeving van ouderen. Online Buurten zet sterk in op sociale cohesie (buurt, sociaal netwerk, tewerkstelling/vrijwilligerswerk, sport, vrije tijd, ordehandhaving, integratiebeleid, kwetsbare groepen,...). LiCalab staat centraal gepositioneerd omdat zij inzetten op zowel het individu en integrale zorg, zelfstandig/ondersteund thuis wonen, zelfstandig leven, actief ouder worden en welzijn in de stad. CareVille zet in op zorgmobiliteit en wordt hierdoor eerder aan de linkerkant geplaatst. Het thema binnen AIPA betreft wonen, vereenzaming tegengaan en woonomgeving en kan bijgevolg eerder rechts teruggevonden worden. Tenslotte AZoB, dewelke inzetten op sociale cohesie via buurtwerk, bevindt zich tevens eerder rechts.

Tien projecten zetten meer in op het 'individu/cliënt'. Vier projecten op 'wonen: woning', drie op 'wonen: buurt'. Vier projecten zetten hoofdzakelijk in op sociale cohesie.

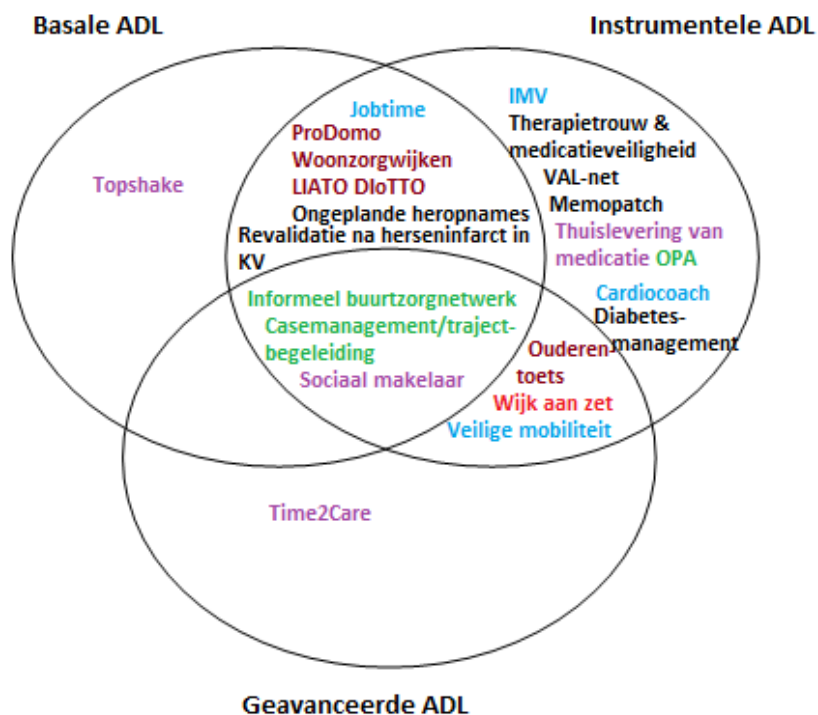
Twee projecten vallen buiten deze classificatie, met name jobtime en veilige mobiliteit, beiden van het platform CareVille. Veilige mobiliteit leunt aan bij 'de buurt' daar een individu zich doorheen de omgeving dient te verplaatsen. Dit gebeurt niet noodzakelijk in interactie van een individu met een groep mensen. Tevens leunt het project aan bij het klinische domein omdat er wordt ingezet op mensen met een cognitieve beperking. Jobtime is in deze classificatie een bijzonder project omdat het inspeelt op tewerkstelling, arbeid en efficiënte inzet van zorgverleners over zorg- en welzijnsorganisaties heen.

Deze classificatie leert vooral dat de doelstellingen die het platform vooropstelt toch ruimte geeft om een breed spectrum van projecten te huisvesten. Bovendien laat deze schematische voorstelling toe om de range van projecten die de zorgproeftuin als programma opneemt enigszins te situeren. Bij InnovAGE, Online Buurten en AIPA zit er een directe match tussen de oriëntatie van het platformen en het type projecten dat aan boord is genomen, maar hun plaats in het spectrum verschilt duidelijk. LiCalab covert een zeer breed spectrum van projecten. AZoB heeft een project dat in deze clustering een beetje meer afwijkt van de platformdoelstellingen.

4.4.2. Niveaus van functioneren waarop de innovatie is gericht

Een tweede manier om de projecten en platformen te clusteren kan door de focus te leggen op niveaus van functioneren waarop ze inzetten (figuur 5).

Zoals reeds beschreven in paragraaf 4.2.1.2 'Ouderen: Ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven', richten alle platformen zich tot de drie niveaus van functioneren: basale, instrumentele en geavanceerde activiteiten van het dagelijkse leven (ADL). Tevens werd onder paragraaf 1.1.1.1. 'Ouderen: Ouderen zo lang mogelijk zelfstandig laten leven' onderstaande clustering uitgewerkt.



Figuur 5. Clustering projecten obv niveaus van functioneren.

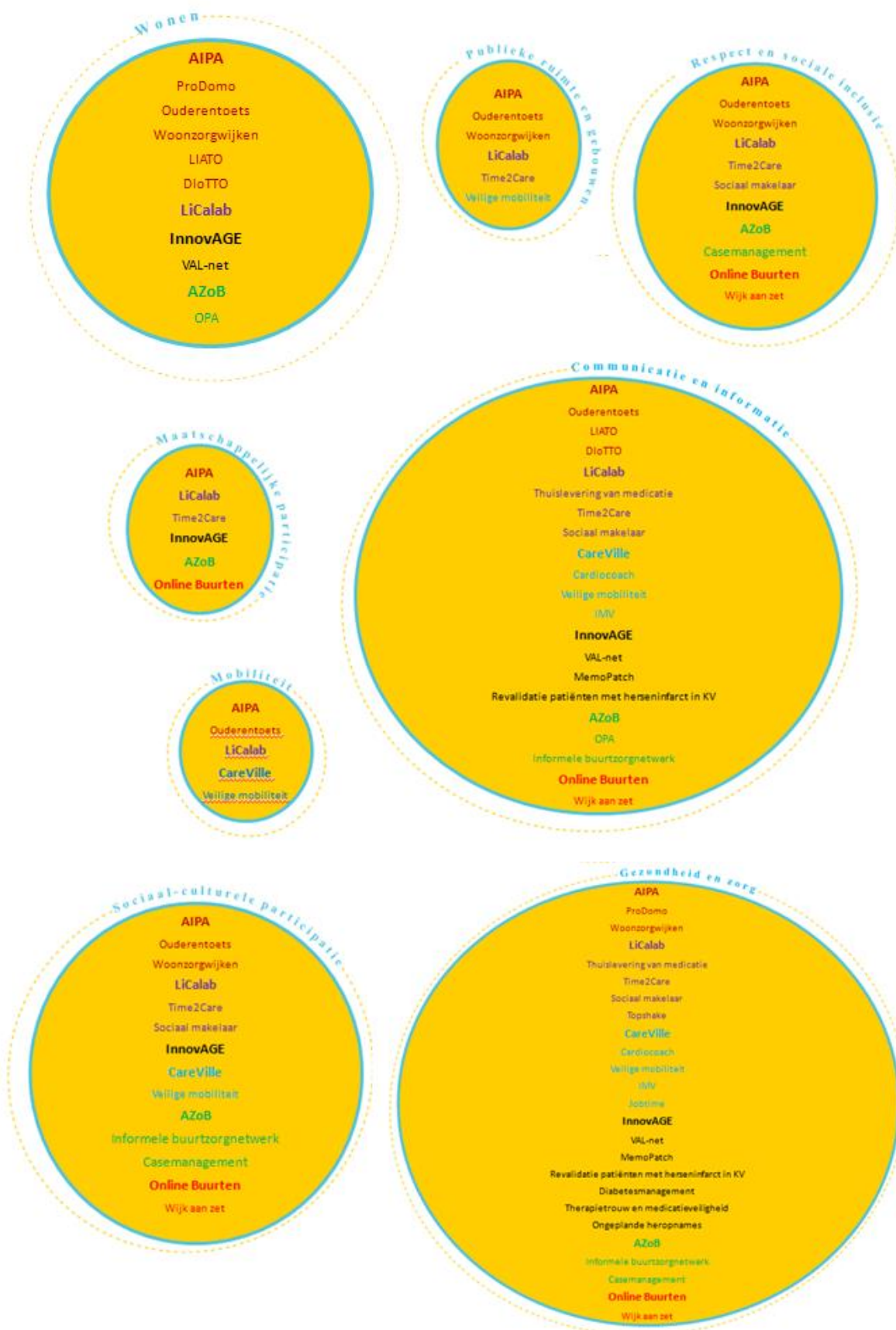
4.4.2.1. Leeftijdsvriendelijke omgeving

Platformen en projecten worden vervolgens geclusterd volgens aspecten met betrekking tot leeftijdsvriendelijke omgeving (figuur 6).

- Het platform LiCalab zet in op alle dimensies. CareVille zet op het minst aantal dimensies in.

Alle platformen zetten in op de dimensie 'gezondheid en zorg'. De overgrote meerderheid van projecten hebben tevens aandacht voor deze dimensie. Vervolgens zetten ook alle platformen in op 'communicatie en informatie'. Vijftien projecten zijn binnen deze dimensie aanwezig. Op de dimensie 'sociaal-culturele participatie' wordt ingezet door alle platformen, met voornamelijk expliciete aandacht voor de sociale component. In totaal worden acht projecten binnen dit domein waargenomen. Aandacht voor de dimensie 'respect en sociale inclusie' wordt waargenomen binnen vijf platformen en zes projecten. Vijf platformen richten de aandacht naar de dimensie 'maatschappelijke participatie'. Slechts één project wordt binnen dit domein waargenomen. Drie platformen zetten in op de dimensie 'wonen' en in totaal zeven projecten. Tevens zetten drie platformen in op 'mobiliteit', twee projecten zijn terug te vinden onder betreffende dimensie. Tenslotte besteden twee platformen aandacht aan de dimensie 'publieke ruimte en gebouwen'. Vier projecten worden onder deze dimensie waargenomen.

Binnen de meeste dimensies (sociaal-culturele participatie, respect en sociale inclusie, wonen, publieke ruimte en gebouwen, maatschappelijke participatie en mobiliteit) worden platformen waargenomen waarbij geen enkel project aanwezig is die inzet op betreffende dimensie.



Figuur 6. Clustering platformen en projecten obv domeinen leeftijdsvriendelijke omgeving.

4.4.3. Type ondersteuning van mantelzorg

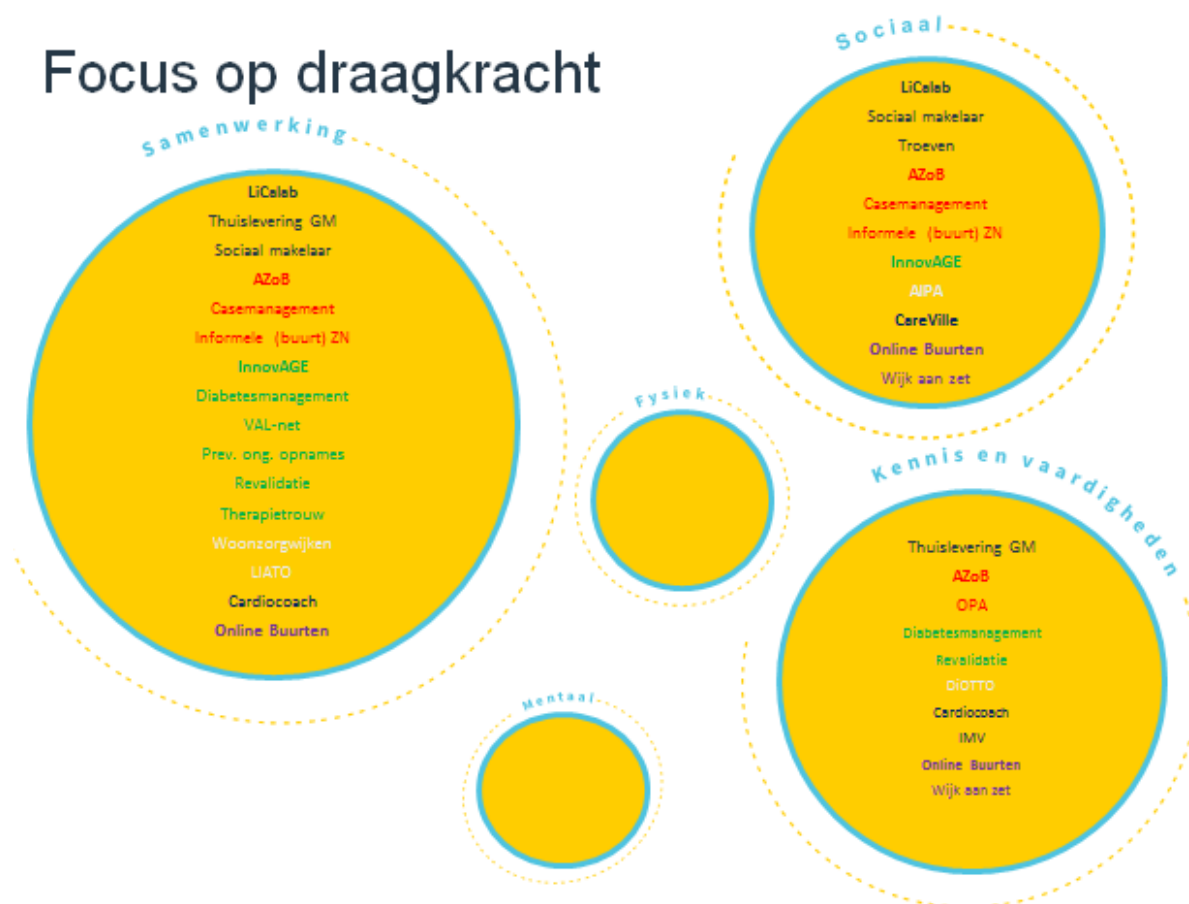
De wijze waarop platformen en projecten mantelzorgers ondersteunen is geclusterd op basis van een model van draaglast en draagkracht (figuur 7 en 8). Voor iedere component van draaglast (fysiek, sociaal, mentaal, financieel, tijd) en draagkracht (fysiek, sociaal, mentaal, kennis en vaardigheden en samenwerking met professionele zorgverleners) werd opgesteld hoeveel en welke platformen en projecten er een innovatie ontwikkelen die een effect kan hebben op die specifieke component. Uit deze clustering wordt duidelijk dat er niet steeds een match is tussen de focus van de platformen en hun projecten op vlak van ondersteuning van mantelzorg. Vaak zijn er voor bepaalde componenten waar de platformen op inzetten geen bijhorende projecten. Tevens kan opgemerkt worden dat bepaalde projecten op een component focussen waar het platform waar het deel van uitmaakt formeel niet op inzet.

Focus op draaglast



Figuur 7. Focus van de platformen en projecten op de componenten van draaglast.

Focus op draagkracht



Figuur 8. Focus van de platformen en projecten op de componenten van draagkracht.

4.4.4. Rol van kennisinstellingen in het netwerk



Figuur 9: Rol van kennisinstellingen in netwerk van platformen en projecten

Op basis van voorgaande analyses kan worden waargenomen dat de onderzoeks- en onderwijsinstellingen die deel uitmaken van de platformen en projecten niet overal een gelijkaardige rol opnemen. Er kan op basis van de rollen en daarmee samenhangende taken die aan deze organisaties worden toegeschreven een onderscheid gemaakt worden tussen kennisinstellingen die eerder een leidende rol opnemen en kennisinstellingen welke eerder een taakgerichte of uitvoerende rol opnemen. Een leidende rol betekent dat de kennisinstelling optreedt als initiatiefnemer, leider of trekker van het netwerk. Hun inbreng is zowel strategisch, procesgericht als taakgericht. Een uitvoerende rol is minder sturend dan een leidende rol. Binnen de uitvoerende rol zal een kennisinstelling eerder uitvoeren of raadgeven (Opstaele e.a., 2013).

Organisaties kunnen in een netwerk meerdere rollen opnemen en beide rollen hoeven elkaar niet uit te sluiten. Daarom is ook een midden categorie opgenomen waarin de kennisinstelling zowel een leidende rol als uitvoerende rol opneemt. Daarnaast zijn er binnen de Zorg Proeftuinen projecten die geen onderzoeks- of onderwijsinstelling als onderaannemer hebben opgenomen.

Uit deze analyse kan worden opgemerkt dat bij platformen en projecten die voornamelijk op maatschappelijke en collectieve aspecten inzetten en buurtgericht werken er geen kennisinstellingen worden opgenomen. Of wanneer dit wel het geval is de kennisinstellingen eerder een uitvoerende rol opnemen. Dit is het geval voor AIPA, AZoB en Online Buurten en hun bijhorende projecten.

Binnen de platformen CareVille en LiCalab nemen de onderzoeks- en onderwijsinstellingen een leidende rol op. Binnen LiCalab is de kennisinstelling één van de initiatiefnemers en is deze verantwoordelijk voor de coördinatie van het platform. Bij CareVille wordt in onderaanneming geen beroep gedaan op een onderzoeks- of onderwijsinstelling zoals bij de andere platformen maar eerder op een netwerkorganisatie die is ingebed in een onderwijs- en onderzoeksorganisatie. De organisatie is één van de vier centrale partijen die het platform aanstuurt en beheert en maakt bijgevolg deel uit van de Raad van Bestuur.

Bij de projecten Veilige mobiliteit en Sociaal makelaar nemen respectievelijk de kennisinstellingen Instituut voor mobiliteit onderzoeksinstituut van de Universiteit Hasselt en Thomas More een leidende rol op binnen de samenwerking. Beide kennisinstellingen kunnen gezien worden als één van de initiatiefnemers van de projecten en hebben een coördinerende rol gespeeld bij het uitschrijven van de projectaanvragen. Ook bij de verdere uitwerking van het project nemen zij een trekkende rol op.

Bij de implementatie van de platformen en projecten zal op basis hiervan nagegaan worden of de rol dat een kennisinstelling opneemt in het samenwerkingsverband bij de voorbereiding, opstart en implementatie een invloed heeft op de manier waarop het platform of project vorm krijgt .

4.5. Ervaringen bij de opstart

Tot slot staan we kort stil bij een aantal ervaringen van de partners in de opstartfase van het programma. De inzichten zijn afkomstig uit de interviews. De ervaringen kunnen worden onderverdeeld in: ervaringen m.b.t. de structuur van het programma en ervaringen i.v.m. de opstart van het programma.

4.5.1. Structuur van het programma Zorg Proeftuinen

Voor de verschillende actoren binnen de Zorg Proeftuinen bleef de constructie en de functie van organen (platformen, klankbordcommissie, gebruikerscommissie, KIO en PO) lang onduidelijk.

De respondenten wijzen erop dat het uitwerken van een project in relatie tot de omkaderende structuur bij de opstart moeilijk is: de verschillende organen (platformen, PO, KIO) boven het projectniveau maken het voor de projectpartners moeilijk om vorm te geven aan het project (o.a. omwille van administratieve last, onvoldoende tijd om aan het project te werken, de uitwerking van registraties (indicatoren), rapportageverplichtingen die niet helder zijn en geen inzicht wat de bedoeling ervan is, de invloed van het platform waardoor de tijdsinvestering die voorzien wordt in een project onderschat wordt omdat projecten informatie moeten aanleveren aan het platform i.p.v. ondersteuning te ontvangen). Vooral projectpartners wijzen op het risico dat de opportuniteiten die het platform zou kunnen bieden om projectinnovaties te initiëren door de onduidelijke of niet gekende bovenbouw verloren zou kunnen gaan.

Bij bevraging van de projecten over hun verwachtingen ten opzicht van het platform blijkt dat zij voornamelijk ondersteuning verwachten met betrekking tot:

- Rekrutering testpopulatie en beheer panel;
- Zorgen voor nodige ondersteuning m.b.t. infrastructuur (zorgen dat infrastructuur werkt) zowel ICT als fysieke infrastructuur;
- Uitdragen visie van platform en project naar de mensen in het veld;
- Ondersteuning krijgen van betrokken partners op platformniveau (van enkel informatie delen/feedback tot actieve participatie in project);
- Bieden van ondersteuning bij de evaluatie van het project;
- Disseminatie en communicatie van resultaten;
- Op zoek gaan naar raakvlakken tussen projecten en zorgen voor afstemming tussen projecten door o.a. co-creatie.

4.5.2. De snelle opstart van het programma

Er wordt in de interviews frequent verwezen naar de tijdsdruk en gevraagde timing van activiteiten in het programma.

- De voorbereidingstijd voor uitwerken van projecten en platformen

Verschillende platformen en projecten ervaren de timing voor het indienen van platform- en projectvoorstellen als onvoldoende (twee maanden) voor het uitkristalliseren van een heldere visie en werkwijze binnen het platform of project, en over de relatie tussen beide. De voorbereidingstijd en de werkwijze om projectvoorstellen uit te schrijven heeft ertoe geleid dat indieners in de eerste plaats een aantal projectinitiatieven wilden gefinancierd krijgen. Het ontwikkelen van een gemeenschappelijk visie over de totaliteit van het programma zat er in die periode niet in.

Bovendien hebben een aantal ideeën over projecten inhoudelijk al vorm gekregen buiten de oproep. Deze ideeën werden ingekaderd in de oproep Zorg Proeftuinen. De projecten hadden bijgevolg minder problemen met het formuleren van een doelstelling en visie op projectniveau. Daardoor besteden zij ook minder aandacht aan de relatie tussen het project en het platform.

- De tijdsdruk in de opstartfase

Het opstarten van een platform of project en daarbij horende aspecten vraagt veel tijd onder meer omwille van de complexe structuur (afstemming met platform, project, PO, KIO,...) (zie begrippen van het programma Zorg Proeftuinen).

Dit werd in het bijzonder ervaren binnen de projectaanvragen uit de eerste call. Een belangrijke reden die hiervoor wordt aangegeven is opnieuw de timing, meer bepaald dat de aanvraag van de eerste call projecten samenviel met de aanvraag van het platform.

5. Discussie

5.1.1. Methodologische sterktes en zwaktes

Dit rapport maakt een planevaluatie van de platformen en de projecten, met als doel een inzicht te verwerven in de wijze waarop de betrokkenen “betekenis geven” aan het programma. De planevaluatie legt bloot dat werkwijze, de voorkennis, de visie, de context van bepaalde platformen en projecten overeenstemmen dan wel verschillen. De analytische beschrijving helpt om de relatie te leggen met aandachtspunten uit de wetenschappelijke literatuur. De vergelijking van de platformen en projecten heeft vooral een “spiegelfunctie”.

Dit rapport is gebaseerd op de visies en interpretaties van de aansturende partners en dan voornamelijk platform- en projectcoördinatoren. De informatie geeft niet het perspectief van alle verschillende betrokkenen binnen de netwerken. Bij verder onderzoek over de uitrol en implementatie van het programma zullen ook ervaringen van andere partners meegenomen worden.

We zijn er ons van bewust dat deze transversale vergelijking is gebaseerd op formele documenten die zijn ingediend in functie van een programmaoproep. De selectie van informatiebronnen zou kunnen verhullen wat en hoe er “achter de schermen” strategisch en operationeel wordt gedacht over de rol van platformen en projecten. De complementaire interviews die zijn gevoerd versterken ons wel in het idee dat we de wijze waarop de betrokken deelnemers denken over de platformen en projecten gecaptéerd hebben.

In de beschrijving van de platformen hebben we geen aandacht besteed aan het feit dat niet alle platformen dezelfde “startgeschiedenis” hebben meegemaakt: Later gestarte platformen hebben zich potentieel al kunnen spiegelen aan ervaringen en ontwikkelingen van de eerder gestarte platformen.

In het rapport worden zowel projecten uit de eerste als tweede oproepronde gelijktijdig besproken. We hebben op dat vlak weinig stilgestaan bij het verschil in randvoorwaarden in de eerste en twee ronde. De tweede ronde beperkt tot projectoproepen en nieuwe projecten moesten als het ware gaan “solliciteren” of ze aansluiting konden vinden bij de bestaande platformen, waardoor dit allicht zijn stempel heeft gedrukt op het vormgeven en inhoud van het project.

Dit rapport heeft nog niet alle dimensies voor een planevaluatie besproken: aspecten zoals financiering en valorisatie worden besproken in vervolgtteksten. Aspecten met betrekking tot de methodologie (co- creatie) worden uitgewerkt en aangestuurd vanuit het Programme Office.

5.1.2. Inhoudelijke reflecties

5.1.2.1. Het overheidsprogramma

Het programma Zorg Proeftuinen zet in op innovatie en zoekt aansluiting bij de vraag welke innovaties in de ouderenzorg concreet kunnen bijdragen tot vermaatschappelijking van de zorg, mits het behoud van de kwaliteit en betaalbaarheid. Daarbij wordt ingespeeld op de onderliggende principes van open innovatie, waarbij spelers uit verschillende sectoren samen ideeën uitwisselen met als doel vanuit die samenwerking nieuwe diensten en ondersteuning op de markt uit te rollen. Het programma vertrekt vanuit het normatief standpunt dat moet omgeschakeld worden naar vermaatschappelijkte zorg die ouderen langer zelfstandig laten leven, de thuisomgeving verbeteren en participatie aanmoedigt om vereenzaming tegen te gaan. Het programma mikt duidelijk op het zoeken naar maatschappelijke meerwaarde, meer dan alleen financieel economische meerwaarde. Het Programma zet in op de principes van sociale innovatie. De gelaagde interventie 'Zorg Proeftuin' moet onderzoeken en inzetten op de vraag of en hoe innovaties in de ouderenzorg klaar en gewenst zijn voor een meer grootschalige uitrol: innovaties moeten uitgetest worden op het vlak van hun potentieel tot duurzaamheid en schaalvergroting waarop ze worden ingezet.

De overheid heeft randvoorwaarden bepaald voor de uitrol van nieuwe concepten en ideeën, onder de vorm van een aantal uitgangsprincipes, meer dan een strikt gesloten set van richtlijnen. Er is in de oproep ruimte gelaten om een breed spectrum van ideeën een kans trachten te geven. Die logica is begrijpbaar als wordt ingezet op een zoektocht naar een breed spectrum van maatschappelijke innovatie. Binnen dat oriënterende kader wordt veel vrijheid gelaten voor de invulling van zowel de inhoud van innovatieideeën als de wijze waarop de relatie tussen platformen en projecten concreet vorm kunnen krijgen. Bovendien valt de overheid bij de uiteindelijk selectie van projecten en platformen nog terug op een selectiecommissie die de platformen en projecten beoordeelt.

De concepten 'proeftuin' en 'platform' zijn in het programma ook zeer open beschreven en dat lijkt een aantal implicaties te hebben op de wijze waarop de ingediende voorstellen vorm hebben gekregen. Het idee van een "proeftuin" in de vorm van een platform is in de praktijk weinig uitgekristalliseerd: de indieners lijken veel meer vertrokken te zijn van een voorstel dat geënt is een bundeling van concrete projecten (waarvan er vaak vooraf bij een aantal partners een aantal ideeën overleefden), dan dat men een concrete visie heeft op wat een "testinfrastructuur" die lokaal of regionaal verankerd is nu concreet kan betekenen.

Uit de ingediende voorstellen leren we dat de visie, missie en en rol die een platform zal spelen ten aanzien van de projecten zeer beperkt is uitgewerkt. Meestal is het verhaal beperkt tot het gegeven dat het platform een gebruikspanel zal organiseren voor het testen van innovaties die op projectbasis worden uitgewerkt (in functies van de instructies van de oproep). Een echte visie op wat een platform als test en coaching infrastructuur zou kunnen betekenen was niet klaar bij de start.

Een platform als onderdeel van een proeftuin zou moeten ontwikkeld worden als een infrastructuur met ondersteunende activiteiten en niet enkel als een databank met panelleden als testpopulatie. Een platform kan een eigen missie en visie ontwikkelen en op basis hiervan sturende principes hanteren waarin projecten die actief zijn op het platform zich kunnen bewegen. Het ontwikkelen van een visie en missie overstijgt het aanbieden van een infrastructuur.

Door de weinig uitgewerkte relatie tussen platform en project ontstaan er in het eerste jaar onduidelijkheden over de missie waarin projecten zich hebben ingeschreven. Sommige projecten ervoeren het platform eerder als een belastend tot overbodig orgaan, meer dan als een ondersteuning. Voor projectpartners was het zeker niet altijd duidelijk in welk type programma ze zich met hun voorstel hadden ingeschreven. Opvallend is ook dat de projecten op zich weinig bekommerd zijn bij de start over de vraag of hun projectidee aansluit bij de missie van het platform.

Bij de opstart zijn door het design van het overheidsprogramma onduidelijkheden ontstaan over de taken en opdrachten en vooral verwachtingen met betrekking tot de rol van de "kennisinstellingen" die een rol spelen op het niveau van het programma enerzijds en op het niveau van de platformen of projecten anderzijds. In de logica van sociale innovatie heeft de overheid in haar programma aangespoord om in te zetten om samenwerking met de wetenschappelijke gemeenschap: impliciet zoekt de overheid daarmee aansluiting bij het vigerende denken in de wereld van de sociale innovatie dat ook kennisinstellingen cruciaal zijn bij het genereren van ideeën over maatschappelijke waardevolle innovaties (cfr quadruple helix model waar overheid, industrie, kennisinstellingen en civil society samenwerken). Enerzijds heeft het wetenschappelijk consortium (KIO) de opdracht platformen en projecten te begeleiden in het algemene kader van het programma Zorg Proeftuinen. Anderzijds dienen kennisinstellingen in platformen en projecten in detail specifieke aspecten die eigen zijn aan een platform of project te onderzoeken. De betrokken kennisinstellingen werken dus complementair. Kennisinstellingen hebben (deels) tot doel het platform te helpen nadenken over de ontwikkeling van een missie en visie door kennis op te doen en te verspreiden zodat het platform op termijn kan optreden als facilitator van open innovatie. De verwachtingen wie welke rol speelt en welke taken, inspanningen en activiteiten verwacht worden van verschillende partijen heeft in het eerste jaar heel wat afstemmingsproblemen met zich meegebracht.

Per Vlaamse provincie is er een platform opgezet. Twee platformen (AZoB en Online Buurten) daarvan hebben een concreet lokaal werkingsgebied, een wijk, gedefinieerd die in lijn liggen met hun strategische doelstellingen gericht op van sociale cohesie.

- Specifiek voor AZoB is dat er de facto sprake is van twee operationele platformen (Antwerpen en Brussel) die opereren onder een gemeenschappelijke koepel. Door uit te gaan van de lokale behoeften en kenmerken zullen deze contexten een eigen aanpak vragen.

Ander platformen verwijzen in hun strategische doelen meer naar het ontwikkelen van een locoregionale zorgeconomie zonder zich te verenigen tot een geformaliseerde regionale afbakening. Deze laatste platformen vertrekken veel minder vanuit een identificatie van lokale behoeften, lokale epidemiologie of sociaal profiel van de regio waarin ze actief zijn.

Voor de verschillende platformen is het naar de toekomst toe belangrijk verder na te denken hoe de verhouding zal liggen op economische dan wel maatschappelijke doelstellingen. Op welk aspecten van waardecreatie elke platform bij de opstart de nadruk legt wordt dieper ingegaan in aan apart KIO werkdocument.

5.1.2.2. Samenstelling van de panels

De weinig uitgekristalliseerde visie op wat een platform als infrastructuur heeft directe gevolgen voor de visie die platformen ontwikkelen over de samenstelling van de testpopulatie. Binnen het programma werd geen expliciete visie uitgewerkt over hoe een panel samen te stellen: het programma geeft richtlijnen dat de panels representatief moeten zijn. De platformen hebben in hun voorstellen weinig precieze strategieën uitgewerkt op welke manier panels zullen worden samengesteld die representatief zijn voor het probleem waar een platform en hun projecten op inzetten.

In de praktijk is men in de inlooperperiode gestart (ondersteund door advies van PO) met een pragmatische zoektocht naar panelleden: het publiek voor het testpanel werd meestal gezocht via de projecten (dus eigenlijk een omgekeerde redenering van wat een proeftuinpanel zou kunnen zijn). Pas geleidelijk aan is dan in de loop van de verdere ontwikkeling van het panel gewerkt aan complementaire rekruteringsstrategieën en op dat vlak zijn er verschillen tussen de platformen. Wanneer een platform een panel samenstelt op basis van projecten bestaat het gevaar dat bij de afloop van het project geen panelleden meer zijn omdat via deze strategie niet werd ingezet op de uitbouw van een duurzaam panel. Met als gevolg dat de meerwaarde van een platform hierdoor deels verloren gaat. Bovendien kan een pragmatische strategie er toe leiden dat men de doelstelling van representativiteit van een ouderenpopulatie over het hoofd ziet. Bovendien weten we dat deze pragmatische benadering er ook kan toe leiden dat sociaal kwetsbare groepen en mensen met een andere culturele achtergrond niet worden betrokken in het testverhaal. Het risico bestaat dat innovaties ontwikkeld, uitgetest en geïmplementeerd worden aan de hand van input van een selectief publiek ouderen. Op die manier worden innovaties niet ontwikkeld met input van een representatieve steefproef voor Vlaanderen. Daarnaast wordt weinig aandacht besteed aan ouderen met cognitieve problemen, dit zowel op platform als op projectniveau. Het risico bestaat dat innovaties bijgevolg onvoldoende aangepast zullen zijn voor een belangrijke subgroep van ouderen.

In alle platformen en projecten lopen innovatietrajecten die (in)direct effect hebben op mantelzorg. Mantelzorgers zullen in de toekomst gebruik kunnen of moeten maken van deze innovaties. Hoewel de meeste platformen van bij de start vastgelegd hebben op welke wijze ze mantelzorgers zullen betrekken bij het ontwikkelingsproces, hebben bitter weinig projecten een duidelijke methodologie hieromtrent vastgelegd. Niet alle platformen en projecten zijn van plan om daadwerkelijk mantelzorgers op te nemen in hun panel. Waar dit wel gepland is, ontbreekt vaak een duidelijke rekruteringsstrategie met heldere inclusie en exclusiecriteria. Dit kan er toe leiden dat de mantelzorgers in de testpanels niet representatief zijn voor Vlaanderen waardoor de testresultaten van het innovatieproces niet generaliseerbaar zijn (Polit & Beck, 2010).

5.1.2.3. Ouderen

De platformen rekruteren een brede groep ouderen, met uitzondering van InnovAGE, die zich beperkt tot kwetsbare ouderen (gedefinieerd vanuit een functionele afhankelijkheid). Alle platformen vermelden socio-economisch kwetsbare groepen, zij het dat dit vooral als antwoord is op het overheidsprogramma. Projecten verwijzen nauwelijks naar socio-economische status en etnische afkomst (slechts zes).

De meeste projecten (vijftien) houden in eerste plaats rekening met de aan- of afwezigheid van (chronische) ziektebeelden (bv. chronische ziekten, hart- en vaatziekten, diabetes). Dit vraagt in de toekomst om voldoende gemonitord te worden, omdat het overheidsprogramma niet alleen inzet op medische of paramedische problemen, maar op een breed omkaderen van de verschillende potentiële functioneringsproblemen van ouderen. Innovaties dienen aangepast te zijn aan de (toekomstige) oudere generatie en niet uitsluitend aan personen met een welbepaalde beperking of ziektebeeld. Het is duidelijk dat ouder worden verband houdt met het risico op gezondheidsproblemen, echter ouder worden staat niet gelijk aan een bepaalde beperking of ziekte. Een 'deficiet model' leidt tot een negatieve beeldvorming met betrekking tot ouder worden die gepaard gaat met achteruitgang, lichamelijke zwakte, intellectuele aftakeling en afhankelijkheid. Die beeldvorming kan soms innovatieve oplossingen of alternatieve strategieën in de weg staan.

Niet alle projecten hanteren een minimum leeftijdsgrens. Zo is het mogelijk dat puur theoretisch een 30-jarige met een bepaalde beperking of ziektebeeld geïncludeerd wordt in het project, terwijl dat in se niet het doel is van de oproep.

Op platformniveau is de leeftijdsondergrens 50 jaar (AIPA en LiCalab). Uiteraard is het een opportuniteit om bepaalde groepen mensen te bereiken met bepaalde noden en behoeften. Echter, binnen de Zorg Proeftuinen is het van belang om de doelgroep 'ouderen' niet uit het oog te verliezen.

Het aspect (primaire) preventie wordt weinig vermeld binnen bestaande projecten en platformen. Innovaties kunnen in hun benadering ook denken vanuit een levensloopperspectief en beginnen rekening te houden met de doelgroep van toekomstige ouderen. In de projectvoorstellen is relatief weinig aandacht voor deze "toekomstige" ouderen.

Om de doelstelling te realiseren ouderen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen dient op de verschillende niveaus ingezet te worden. Die verschillende niveau's komen aan bod in de projecten en de platformen Verhuizen van de thuissituatie naar het woonzorgcentrum vindt plaats indien mantel- en thuiszorg onvoldoende zijn ter ondersteuning van de oudere persoon (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2014) die geconfronteerd wordt met gezondheidsproblemen, gerelateerd aan cognitieve en functionele achteruitgang. Echter niet alleen het individu met zijn "deficiet", maar het aanpakken van de omgeving kan bijdragen tot het realiseren van de vooropgestelde doelstelling (Wagner et al., 2010; Buffel, 2012). Opvallend is wel dat in de voorstellen relatief weinig wordt ingezet op publieke ruimte en mobiliteit.

Naast individuele aspecten en de woonomgeving speelt sociale cohesie een grote rol met betrekking tot het welbevinden van ouderen (De Witte et al., 2012). Weinig projecten zetten echter in op sociale en maatschappelijke participatie. Als ze voorkomen zijn het projecten binnen vnl. de platformen AZoB en Online Buurten.

5.1.2.4. Mantelzorgers

Alle platformen en projecten hebben de term mantelzorg vermeld in hun actieplan. Vanuit visies die verwijzen naar draaglast en draagkracht. Er wordt ingezet om draaglast te verlagen op een fysiek, financieel en mentaal niveau, door de benodigde tijd voor mantelzorgtaken te verlagen, door de sociale draagkracht te verhogen, door de kennis en vaardigheden te verhogen en door de samenwerking met professionals in de zorg te verbeteren. Opvallend is dat er geen innovaties zullen ontwikkeld worden om sociale draaglast van mantelzorgers te verlagen en om de draagkracht op een fysiek of mentaal niveau te verhogen.

Geen enkel voorstel besteedt aandacht aan de potentieel negatieve effecten die hun innovaties met zich kunnen meebrengen. Hier ligt een belangrijk aandachtspunt voor de verdere uitrol van het programma: door mantelzorgers actief en doorheen het hele ontwikkelingsproces te betrekken kunnen deze perverse effecten vroegtijdig opgespoord of voorkomen worden.

5.1.2.5. Zorgverlening

In de projecten en platformen wordt bijzonder weinig aandacht besteed aan de vraag hoe innovatie invloeden kunnen hebben op, of hoe nagedacht kan worden over de organisatie van arbeid. In het perspectief van vermaatschappelijking van zorg en integrale zorg voor ouderen speelt in dat verhaal ook de vraag hoe het formele en informele zorgsysteem op elkaar kan worden afgestemd om optimale en kwaliteitsvolle zorg aan te bieden. Met uitzondering van een aantal projecten wordt deze vraag niet aan boord genomen. Het aanbieden van zorg in een thuisomgeving kan echter belangrijke gevolgen hebben op alle dimensies van kwaliteit van de arbeid (arbeidsinhoud, omstandigheden, -voorwaarden en – verhoudingen).

5.1.2.6. Samenwerking

In de projecten en platformen werken organisaties uit verschillende sectoren samen. In die samenwerking tussen organisaties uit verschillende sectoren spelen cultuurverschillen en verwachtingen over doelstellingen en belangen een potentieel cruciale rol. In de fase van de netwerkvorming is het cruciaal voldoende aandacht te besteden een gemeenschappelijk begrip over het doel en dus een gemeenschappelijke visie en missie van het platform of project. Op basis van de analyse van de plannen en de interviews lijkt het erop dat op dit vlak nog werk aan de winkel is om een missie en visie te ontwikkelen, zowel op platform als projectniveau, die door elke partner gedragen wordt al dan niet vanuit een eigen achterliggend perspectief. Een zeker pragmatiek bij het realiseren van een samenwerking is niet fout, maar er moet ook voldoende aandacht gaan naar het expliciteren van een gedeelde agenda en onderlinge verwachtingen. Uit de netwerkliteratuur weten we dat anders de effectiviteit van het netwerk en de overlevingskansen afnemen.

Gezien de doelstellingen van het programma dienen platformen meer dan projecten gedragen te worden door een duurzaam samenwerkingsverband met als doel het realiseren van een impact op de samenleving en het garanderen van schaalgrootte. Bij de start staat slechts één platform daar expliciet bij stil. Zij doen dat door te opteren voor een geformaliseerd wettelijk statuut van een vzw. Uit de literatuur weten we echter dat het inrichten van een duurzaam en effectief samenwerkingsverband meer nodig heeft dan een juridisch statuut. Er moet ook nagedacht worden over een organisatie- en bestuursmodel van het netwerk waarin het voor iedereen duidelijk is wat men wil realiseren op korte, midden en lange termijn. Precies op dit vlak ligt het verschil tussen tijdelijke samenwerking op projectbasis en een duurzame structurele samenwerking. Het feit dat er mogelijk al bestaande samenwerkingsrelaties waren tussen partners voor de oproep van dit programma, mag niet blind maken voor het feit dat het expliciteren van visie, organisatiemodel en inbreng van partners essentieel is om een duurzaam platform te maken én om de gerealiseerde resultaten economisch en maatschappelijk te valoriseren.

Over het algemeen is de uitwerking van het bestuursmodel (organen en functie) en de rollen van de partners in het netwerk nog niet of onvoldoende uitgewerkt. De rol van strategische en operationele organen wordt weinig uitgeklaard en er bestaat potentieel veel overlap. Bovendien wordt er in de interviews op gewezen dat het model vaak een “papieren” constructie is omdat de oproep dit vroeg, maar het is voor velen in de beginfase niet duidelijk of het model zal worden uitgevoerd zoals beschreven. Een belangrijk dilemma dat mee moet worden afgewogen is de bestuurslast (werk en tijdslast) die een bepaald model met zich meebrengt. Nu al wordt, door de complexe constructie van het programma en het vele overleg dat ermee gepaard gaat gewezen op de tijdsinvestering en vergaderlast. Er ligt voor de toekomst een belangrijke uitdaging om in dit verband het werkmodel te optimaliseren om de motivatie en betrokkenheid van diverse spelers bij het zoeken naar sociale innovaties te vrijwaren.

Aanbevelingen

Geef aan als platform waarvoor het staat. Werk een missie en visie uit die gedeeld wordt met alle partners.

- *Denk na over welk type projecten kunnen uitgetest worden die aansluiten op de missie en infrastructuur van het platform.*

Maak expliciet naar de projecten, doelgroepen en andere actoren wat het platform te bieden heeft en vanuit welk perspectief men werkt met ouderen.

- *Hanteer een breed theoretisch perspectief op ouderen passende in doelstellingen van het overheidsprogramma (zoals bijv. een bio-psychosiale benadering, een active ageing model, ..).*
- *Heb aandacht voor diversiteit in de ouderen populatie en de diversiteit in behoeften en preferenties van verschillende ouderengroepen. Er is een reëel risico dat innovaties enkel uitgetest worden bij een selectief publiek*
- *Heb bij de ontwikkeling van de innovatie voldoende aandacht voor wat ouderen kunnen, niet enkel voor problemen bij ouderen.*

Betrek niet enkel ouderen maar ook andere eindgebruikers zoals mantelzorgers, vrijwilligers en hulpverleners bij het innovatietraject.

Besteed meer aandacht aan het samenstellen van de panels op platformniveau vanuit een duidelijke visie op "representativiteit". De discussie over representativiteit moet gekaderd worden in de overheidsdoelstellingen.

Benader het initiatief van bij de start niet enkel als een project, maar anticipeer op de vraag hoe een platform kan uitgroeien tot een meer duurzame infrastructuur.

Schep duidelijkheid over de rol(len) die actoren spelen in het netwerk (platform- en projectniveau) en de verantwoordelijkheden die hieraan verbonden zijn. Werk in dat verband een bestuursmodel uit.

Referentielijst

Agentschap voor Innovatie door Wetenschap en Technologie (IWT) (2012 bis). Handleiding platformen en projecten voor de proeftuin Zorginnovatieruimte Vlaanderen. Brussel

Agentschap Zorg & Gezondheid (2014). Woonzorgcentra en rust- en verzorgingstehuizen. Geraadpleegd op 15/10/2014 op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Residentiele-ouderenzorg/Woonzorgcentra-en-rust--en-verzorgingstehuizen/>?

Bardach, E. (2001). Getting Agencies to Work Together: The Practice and Theory of Managerial Craftsmanship. *International Public Management Journal*, 4, 185- 189.

Brodsky, H. & Hadzi-Pavlovic, D. (1990). Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 24, 351–361.

Buffel, T. (2012). Experiences of place and neighbourhood in later life. Developing age-friendly communities, Brussel: VUBPRESS

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjose, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 74–79.

Chesbrough, H., Vanhaverbeke, W. & West, J. (Eds.) (2006). Open Innovation: Researching a New Paradigm. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Colloway M., Fried B., Johnsen M., Morrissey J., Characterization of Rural Mental Health Service Systems, *The Journal of Rural Health*, Special Section: Mental Health, 1999, Vol. 15, No. 3, Pg 296-306.

Denzin, N. (1989). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Departement economie, wetenschap en innovatie (EWI). Vlaamse overheid (2013). Geraadpleegd op 28/10/2014 op <http://www.ewi-vlaanderen.be/ewi/nieuws/ouderenzorg-van-de-toekomst-zorg-proeftuinen-vlaanderen-gestart>.

De Witte, N., De Donder, L., Dury, S., Smetcoren, A-S., Brosens, D. et al. (2012). Samen op de stoep. Over sociale cohesie en ouderen. Geraadpleegd op 15/10/2014 op http://www.samenlevingsopbouw.be/images/sov/algemeen/artikels_e-dossiers/PDF/Studies/Samen_de_stoep_op_ovl_sociale_cohesie.pdf.

Dhondt, S., Pot, F., & Oeij, P. (2012). Social Innovation of Work and Employment. In: Hans-Werner Franz, Josef Hochgerner & Jürgen Howaldt (Eds.), *Challenge Social Innovation. Potentials for business, social entrepreneurship, welfare and civil society* (pp. 261-274). Berlin: Springer Verlag.

Ellenbecker, C. (2010). Preparing the nursing workforce of the future. Policy, Politics, & *Nursing Practice*, 11(2), 115-25.

European Network Of Living Labs (2014). Symposium OpenLivingLab Days 2014: 5th ENoLL Summer School. Op 2-5/9/2014 te Amsterdam .

European Commission (2014a). Why investing in ICT for ageing? A regional perspective. Op 8/10/2014 te Brussel.

European Commision (2014b). DG Health & Consumers, Public health, Major and chronic diseases, Alzheimer disease and other dementia. Geraadpleegd op 15/10/2014 op http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/alzheimer/index_en.htm

Fleury M.J., Mercier C., Denis J.L. (2002). Regional planning implementation and its impact on integration of a mental health care network. *International Journal of Health Planning and Management*, 17, 315-332.

Freitag, T., Leene, I. & Tenhaeff, C. (2003). *Methodiekbescijving voor een gebiedsgezichte aanpak. Buurtgerichte sociale activering*. Nederlands Insituut voor Zorg en Welzijn Uitgeverij, Utrecht.

Fried, L.P., Tangen, C.M., Walston, J., Newman, A.B., Hirsch, C, et al. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 56 (3), M146-M156.

Gaugler, J.E., Yu, F., Krichbaum, K, Wyman, J.F. (2009). Predictors of nursing home admission for persons with dementia. *Medical Care*. 47(2), 191-198.

George, L. & Gwyther, L. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.

Ham, C. (2014). *Giving hands and feet to integrated care*. Studietweedaagse (6 en 7 februari 2014) - Samenwerken in de ouderenzorg: trendy of noodzakelijk?

Hannes, K. (2011). Chapter 4: Critical appraisal of qualitative research. In *Supplementary Guidance for Inclusion of Qualitative Research in Cochrane Systematic Reviews of Interventions*. Geraadpleegd op 23 oktober 2014, via <http://cqrmg.cochrane.org/supplemental-handbook-guidance>

Harris, Y. (2007). Depression as a risk factor for nursing home admission among older individuals. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 14-20.

Hoefman, R., Van Exel, N., & Brouwer, W. (2011). iMTA valuation of informal care questionnaire (iVICQ).

Hudson, B. (2004). Analysing Network Partnerships, Benson re-visited. *Public Management Review*, 6(1), 75-94.

iMinds (2014). Over Zorg Proeftuinen. Geraadpleegd op 28/10/2014 op <http://www.zorgproeftuinen.be/nl/nl/over-zorg-proeftuinen>.

Institute of Medicine (IOM) (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press.

Jowsey, T., McRae, I., Gillespie, J., Banfield, M. & Yen, L. (2013). Time to care? Health of informal older carers and time spent on health related activities: an Australian survey. *BMC Public Health*, 13, 373.

Keast, R., & Mandell, M. (2009). Learning, language and leadership: conduits to dynamic public service networks. 13th International Research Society for public management conference, Copenhagen Business School, Denmark.

Kuipers, H., Van Amelsvoort, P. & Kramer, E.-H. (2010). *Het nieuwe organiseren. Alternatieven voor de bureaucratie*. Leuven/Den Haag: Acco.

Lam, A. (2004). *Organizational innovation*. MPRA Paper No. 11539.

Lemieux-Charles, L., Chambers, L. W., Cockerill, R., Jaglal, S., Brazil, K., Cohen, C., LeClair, K., Dalziel, B., Schulman, B. (2005) Evaluating the Effectiveness of Community-Based Dementia Care Networks: The Dementia Care Networks' Study. *The Gerontologist*, 45(4), 456-464.

Leeuw, F. (2003). *Reconstructing Program Theories: Methods Available and Problems to be Solved*. *American Journal of Evaluation*, 24, 5-20.

Liefbroer, A. C. & P.A. Dykstra (2000). *Levenslopen in verandering: een studie naar ontwikkelingen in de levenslopen van Nederlanders geboren tussen 1900 en 1970*, Den Haag: Sdu uitgevers.

Koops, H., & Kwekkeboom, M. H. (2005). *Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaren en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Marcén, M. & Molina, J. (2012). Informal caring-time and caregiver satisfaction. *The European Journal of Health Economics*, 13, 683-705.

Milward, H. B. & Provan, K. G. (2003). Managing Networks Effectively. Paper presented at the National Public Management Research Conference, Georgetown University, Washington, DC, October 2003.

Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). (2012). Geraadpleegd op 3/02/2014 op <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/>.

Neubauer, S., Holle, R., Menn, P. & Grässel, E. (2009). A valid instrument for measuring informal care time for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 275-82.

Oerlemans L. (2007). Netwerken en innovatie: Een perfecte match? Universiteit van Tilburg. Rede, uitgesproken op 26 januari 2007.

Opstaele, V., Bonne, K., De Schepper B. & Naert, L. (2013). PRONET maakt samenwerking tussen organisaties succesvoller!. Praktijkboek kwaliteitszorg in welzijnsvoorzieningen. Afl. 42.

Panigrahi, A. (2009). Living Arrangements Preferences of Elderly: Evidence from Field Study in Orissa. *Indian Journal of Gerontology*, 23(4), 478-499.

Popp, J., MacKean, G., Casebeer, A., Milward, H. B. & Lindstrom, R. (2013). Inter-organizational networks. A critical review of the literature to inform practice.

Polit, D. & Beck, C. (2010). *Nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pots, L., & Leys, M., namens KIO (2014). Ecosysteem Zorg Proeftuinen Vlaanderen. Te raadplegen op Zorg Proeftuinen website:

Prahalad, C. (2000). Co-opting Customer Competence. *Harvard Business Review*, 78, 79-88.

Prins, S., & Hovelynck, J. (2010). Begeleiden van multi- partijsamenwerking. Handboek Effectief Opleiden.

Provan, K. G.; Fish, A., Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of Management*, 33(3), 479-516.

Provan, K.G., Kenis, P. (2007). Modes of Network Governance: Structure, Management and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 229- 252.

Provan, K.G. & Lemaire, R.H. (2012). Core Concepts and Key Ideas for Understanding Public Sector Organizational Networks: Using Research to Inform Scholarship and Practice. *Public Administration Review*. Vol 72, Iss. 5 pp. 638- 648.

Reuben D.B., Laliberte L., Hiris, J., et al.(1990). A hierarchal exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatrics Society*; 38: 855-861.

Rodriguez-Manas L., Fear C, Mann G., et al. (2012). Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68, 62-67.

Rossi, P., Freeman, H., & Lipsey, M. (1999). *Evaluation: A systematic approach*. Thousand Oaks: Sage

Savage, G.T., Bunn, M.D., Gray, B., Xiao, Q., Wang, S., Wilson, E.J., Williams, E.S. (2010). Stakeholder Collaboration : Implications for Stakeholder Theory and Practice. *J Bus Ethics*, 96, 21- 26.

Silva, A., Teixeira, H., Teixeira, M. & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 792-803.

Steunberg, B., Verhagen, I., Ros, W.J, et al. (2014). Op weg naar cultuursensitieve zorg voor oudere migranten! Opzet en werkwijze van het Stem van de Oudere Migrant project. *Tijdsch Gerontol Geriatr*. 45, 82-91.

Stichting Alzheimer onderzoek (2014). Dementie in België. Geraadpleegd op 15 oktober 2014, via <http://www.alzh.org/nl/ziekte-van-alzheimer/dementie-belgi%C3%AB>.

St John, P., Montgomery, P. (2009). Do depressive symptoms predict mortality in older people?, *Aging & Mental Health*, 13 (5): 674-681.

Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid & Gezin (SARWGG) (2012). Visienota Integrale Zorg en Ondersteuning in Vlaanderen. Geraadpleegd op 1/10/2014 <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/visienota-integrale-zorg-en-ondersteuning-in-vlaanderen>.

Swanborn, P. G. (1999). *Evalueren*. Amsterdam: Boom Press.

Turrini, A., Cristofoli, D., Frosini, F., & Nasi, G. (2010). Networking literature about determinants of network effectiveness. *Public Administration*, 88(2), 528- 550.

Valentijn et al. (2013): Valentijn, PP., Schepman, S., Opheij, W. & Bruijneels, M. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative function of primary care. *International Journal of Integrated Care*. 2013 Jan-Mar.

Van Audenhove, C. & Declercq, A. (2007). De mantelzorg: over zorglast, draagkracht en het belang van een goede relatie. *Welzijnszorg* – *Welzijnszorg*, informele zorg en vrijwilligerswerk afl. 65

Vanderleyden, L., & Callens, M. (2012). *Generaties en solidariteit in woord en daad*. Brussel: SVR.

Vandeurzen, J. (2014). Beleidsnota 2014-2019. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd op 15/12/2014 op <http://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/beleidsnota-2014-2019-welzijn-volksgezondheid-en-gezin>.

Van Durme, T., Macq, C. & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 490-504.

Van Hoetegem G. (2000). De draaglijke traagheid van het Management. Tendensen in productie- en personeelsbeleid. Leuven: Acco.

Van Tomme, N., Voets, J., & Verhoest, K. (2011). Samenwerking in ketens en netwerken: praktijkervaringen uit de zorg- en welzijnssector. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Leuven.

Verbrugge L.M. & Jette A.M. (1993). The Disablement Process. *Soc Sci Med* 1993; 38: 1-14.

Vilans, 2013. Handreiking zelfredzaamheid voor wijkverpleegkundigen. Geraadpleegd op 15 oktober 2015 op http://www.vilans.nl/docs/producten/handreiking_zelfredzaamheid.pdf

Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming (2014). Geraadpleegd op 15/10/2014 op <http://www.ond.vlaanderen.be/proeftuinen/>.

Vlaamse Overheid Departement Cultuur, Jeugd, Sport en Media (2014). Geraadpleegd op 15 oktober 2014, via <http://www.cjism.vlaanderen.be/sport/projecten/proeftuinen-sport/>.

Wagner, S.L, Shubair, M.M. & Michalos, A.C. (2010). Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy. *Social Indicators Research*, 99(3), 405-412.

Wet, 2014: Wet betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met een grote zorgbehoefte bijstaat. Publicatie: 2014-06-06.

Willemé, P. (2010). The long-term care system for the elderly in Belgium. Geraadpleegd op 22 december 2014, via http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2033672.

World Health Organization (2002). Active ageing: a policy framework. Geraadpleegd op 16 oktober 2014, via http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1.

World Health Organization (2008) Integrated Health Services –What and Why? Technical Brief No. 1. Geneva:WHO.

Zaheer, A., McEvily, B., & Perrone, V. (1998). Does trust matter? Exploring the effects of interorganizational and interpersonal trust on performance. *Organization Science*, 9(2), 141-159.

Bijlagen

Bijlage 1: Omschrijving focus platformen

AIPA wenst een innovatieve zorgproeftuin ontwikkelen in Aalst met thema: "ageing in place", om ouderen zo lang mogelijk kwalitatief thuis te laten wonen. De focus ligt op thuis blijven, vereenzaming tegengaan en betaalbaarheid. Om deze doelstelling te realiseren worden twee demowoningen ter beschikking gesteld om nieuwe applicaties, infrastructuren en dienstverleningen door de ouderen zelf te laten testen. Daarnaast worden 40 bestaande woningen van ouderen gebruikt om evolutie van nodige aanpassingen te observeren en uit te testen. Ook wordt infrastructuur van het stedelijke zorg- en woonweefsel, een incubatiecentrum en technologieplatform voor ICT en communicatie opgezet.

LiCalab tracht een bijdragen te leveren aan het vinden van oplossingen voor moeilijkheden die ouderen ondervinden die langer thuis willen blijven wonen. LiCalab biedt hiervoor een platform aan van diverse actoren die rond het thema 'zorg voor thuiswonende ouderen' werken om innovaties, die een antwoord bieden op de vragen en noden, gezamenlijk te ontwikkelen en implementeren.

CareVille heeft aandacht voor de ontwikkeling van gebruikersgerichte innovaties die leiden tot betere, veiligere en betaalbare ouderenzorg. Men focust hierbij op innovaties die de zorgmobiliteit versterken op het niveau van de zorgvrager, de zorgverlener en het zorgproduct/proces. Deze doelstelling wenst men te realiseren door succesvolle begeleiding aan te bieden aan CareVille projecten, het beheer van de proeftuinpopulatie en proeftuininfrastructuur, organisatie van de platformwerking, onderzoek naar de diversiteit van de proeftuinpopulatie en de ontwikkeling van een business model voor CareVille

InnovAGE zet in op kwaliteitsvolle levensjaren toevoegen aan het leven. Om dit te realiseren wordt gepersonaliseerde, preventieve, predictieve en participatieve gezondheidszorg gestimuleerd, vnl. gericht op zorgbehoevende senioren met complexe zorgvraag (vb. co-morbiditeit) waarbij zorgcontinuïteit (transmuraal en multidisciplinair) een belangrijke rol speelt.

AZoB tracht een buurtgericht (gebiedsgericht) model van zorgorganisatie te ontwikkelen als sleutel tot maatschappelijk verantwoorde zorgorganisatie. De uiteindelijke finaliteit is het behoud en bevorderen van de levenskwaliteit bij de zorgbehoevende oudere en zijn mantelzorgers. Hiervoor biedt AZoB een gebiedsgerichte testomgeving aan in Antwerpen en Brussel, een digitaal communicatieplatform, worden de behoeften gemeten en gebeuren analyses van de financiële impact en haalbaarheid van innovaties die worden uitgetest.

Online Buurten zet in op verhogen van gevoel van welbevinden van ouderen (65+) in West- zonder de maatschappelijke kost voor zorgsystemen te verhogen. Het platform zal dit realiseren door te onderzoeken hoe kwalitatief langer thuis wonen integraal ondersteund kan worden vertrekkend vanuit een kader van empowerment. Zorginnovatie wordt gerealiseerd door het inzetten van nieuwe communicatie- technologieën en het stimuleren van de zelfregie van de ouderen in co-creatie met verschillende actoren, ook nieuwe actoren in de wijk.

Bijlage 2: Omschrijving algemene innovatie- doelstelling projecten

ProDomo zet in op kwalitatief levenslang thuiswonen en betaalbare zorg realiseren voor ouderen thuis. De doelstelling wordt gerealiseerd door testen uit te voeren in minstens 40 proefwoningen, een doorgroeiwoning en een demowoning. Hierbij wordt gescreend op economische, ecologische, ruimtelijke en sociale duurzaamheid.

Ouderentoets heeft al hoofddoelstelling het verbeteren van de toegankelijkheid van het openbare leven (dienstverlening, openbare ruimte, evenementen,...) zodat ouderen gebruik kunnen maken de stad of gemeente. Een nieuwe methodiek wordt uitgewerkt waarbij de openbare ruimte en dienstverlening van de stad getest wordt door ouderen.

Woonzorgwijken tracht een nieuw model te ontwikkelen voor de inrichting en organisatie van een woonwijk met zorgfuncties. Afstemming van woon- en zorgfuncties qua ruimtelijke inplanting, efficiëntie in zorgdienstverlening en sociale cohesie staan centraal. Er wordt gebruik gemaakt van ruimtelijke nabijheid, slim coördinatiecentrum dat de wijk regisseert in het efficiënte samenspel tussen zorgverstrekkers, vrijwilligers en buurtwerking.

LIATO wenst een autonoom systeem te ontwikkelen om alleenstaande ouderen en hun omgeving (mantelzorger, thuiszorg) een veiliger gevoel te geven. De doelstelling wordt gerealiseerd met behulp van sensorfusiedata die het dag- en nachtverloop van de oudere registreren en zo abnormale situaties detecteren.

DioTTO wenst alleenwonende senioren langer zelfstandig en kwaliteitsvol thuis te laten wonen. Het project zet in op het ondersteunen en activeren van ouderen in hun dagelijkse leven door het creëren van een gevoel van gerustheid bij de mantelzorgers.

Thuislevering van medicatie wenst voor Vlaanderen en België de vernieuwde dienst 'kwalitatieve thuislevering van geneesmiddelen, opgezet tussen huisapotheker en patiënt' te ontwikkelen en testen. Dit aan de hand van een nationaal toepasbaar kwalitatief logistiek proces, uitgeschreven proces met de daarin te hanteren middelen, voorstel tot gedetailleerd wettelijk kader voor het verlenen van deze dienst en een naadloze inpassing van de levering van medicatie aan huis in het totaalconcept van bpost op afspraak.

Time2Care zet in op de vergrijzing als opportuniteit. Het project zal een zorgmunt voor en door ouderen ontwikkelen. De oudere wordt hierbij niet alleen gezien als een zorgvrager maar ook als zorgaanbieder.

Topshake heeft aandacht voor patiënten met slikproblemen, in eerste instantie personen met vergevorderde dementie. Door het ontwikkelen van een uniek industrieel bereid ontbijtconcept wordt aangepaste, evenwichtige, nutritionele samenstelling, gevarieerde en gezonde voeding aangeboden, ten einde ondervoeding tegen te gaan.

Sociaal makelaar versterkt het netwerk rond zorgbehoevende ouderen, zowel licht als zwaar, met geschikte zorg pro-actief. Het functieprofiel 'sociaal makelaar' wordt ontwikkeld, getest, gevalideerd in Vlaams stedelijke en landelijke context. Het betreft een functie die inzet op het detecteren van (kwetsbare) ouderen, het lokaal versterken van informele zorgnetwerken maar ook het doorverwijzen naar professionele zorg indien nodig.

Cardiocoach zet in op 'evidence based' richtlijnen rond medicatie-inname voor patiënten met hartfalen. Sneller en efficiënter in de praktijk toepassen staat centraal. Dit wordt gerealiseerd door het ontwikkelen en implementeren van een intelligente communicatietool, die zowel de zorgverlener als de patiënt en zijn omgeving ondersteunt in de thuissituatie.

Veilige mobiliteit bij senioren werkt als hoofddoelstelling rond vier werkpakketten. 1) Een gevalideerde screeningsmethodiek voor de beoordeling van rijvaardigheid bij ouderen met een cognitieve beperking uitwerken; 2) Inzetten op een gevalideerde tool voor een effectieve training van rijvaardigheid bij ouderen met een cognitieve beperking; 3) Uitwerken van een geoptimaliseerd aanbod aan mobiliteitsalternatieven doorheen de volledige zorgketen en een geëvalueerde methode om ouderen hieromtrent te informeren; 4) Aandacht schenken aan een business-model voor de oprichting van een centrum voor assessment en training van rijvaardigheid bij ouderen.

IMV tracht aan te tonen dat ambulante IMV een grote opportuniteit is voor de zorgsector in het algemeen en voor de zorgvrager in het bijzonder. IMV verhoogt de patiëntveiligheid en therapietrouw van de thuiswonende zorgvrager en hierdoor de zelfredzaamheid. Daarnaast kunnen IMV-sets op een betrouwbare en kostengunstige wijze worden samengesteld.

Jobtime wenst de huidige onvrijwillig deeltijds werkende, gekwalificeerde zorgverleners efficiënter en effectiever in te zetten, zodat onderbenutting en tekorten aan gekwalificeerde zorgverleners weggewerkt kan worden én hiermee te komen tot een optimalisatie van de zorgkwaliteit. Er wordt een virtuele werkvloer gecreëerd over verschillende organisaties heen.

Diabetesmanagement gaat na op welke wijze de kwaliteit van diabeteszorg in woonzorgcentra kan verbeterd worden. Educatie van de paramedici wordt aangeboden. Er wordt een gemeenschappelijk behandelingsprotocol per woonzorgcentrum ontwikkelt. Daarnaast wordt een communicatietool uitgewerkt, ter bevordering van communicatie tussen verschillende zorgverleners.

Therapietrouw & medicatieveiligheid wenst de medicatieveiligheid en therapietrouw van kwetsbare ouderen in de thuissituatie te bevorderen. De verschillende rollen van de betrokken zorgverleners worden duidelijk gesteld, waarbij zeker aandacht wordt geschonken aan het aspect van samenwerking.

Ongeplande heropname wenst het aantal ongeplande heropnames bij thuiswonende ouderen te verminderen. Een prototype van een nieuw transitioneel zorgmodel tijdens en na opname op dienst spoedgevallen van UZ Leuven wordt onderzocht en ontwikkelt.

VAL-net heeft als doel de opvolging en adviezen, gegeven door de valkliniek aan ouderen met valproblematiek, te verbeteren en zo effectiviteit van deze adviezen te verhogen. Een prototype wordt ontwikkeld waarbij digitale tools beschikbaar zijn om zowel de oudere, als de zorgverleners beter te educeren en om de communicatie tussen de oudere en zorgverleners enerzijds en onder de zorgverleners anderzijds te automatiseren.

Memopatch zet in op het verbeteren van therapietrouw van een groep kwetsbare thuiswonende oudere patiënten. Innovatieve zorgdienst bestaande uit een co-creatief multi-actor proces en hi-tech product wordt ontwikkeld.

Reva van patiënten met herseninfarct in KV wenst een nieuw zorgtraject te ontwikkelen. Zorg op maat en vermindering van hospitalisatieduur voor patiënten die een herseninfarct doorgemaakt hebben staan centraal.

Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgcentrum wenst een methodiek van casemanagement en trajectbegeleiding verder te ontwikkelen binnen de zorgzame buurt. Hierbij staan centraal 1) het uitwerken van individuele zorgplannen en zorgtrajectbegeleiding voor fragiele ouderen, 2) afstemming en samenwerking tussen lokaal formeel en informeel zorgnetwerk.

OPA wenst veilige en aangepaste woonomgeving van ouderen uit te werken. Woningaanpassingen worden uitgevoerd en instructies rond veilig gedag worden verleend.

Informele buurtzorgnetwerk wenst informele zorg zichtbaar te maken en informele (buurt)zorgnetwerken te creëren, faciliteren, ondersteunen en valoriseren. Hierbij wordt vertrokken van een ruimere visie op zorg.

Wijk aan zet in op actief ouder worden en generationele solidariteit zodat het welbevinden van de 65-plusser in de wijk stijgt en de maatschappelijke kost voor zorgsystemen daalt. Actie-onderzoek wordt uitgewerkt om nieuwe verbindingspraktijken tussen thuiswonende 65-plussers en andere actoren in de wijk te co-creëren.

Bijlage 3: Interviewguide

Platformen

Voorstellen onderzoekers:

- Naam & functie binnen KIO

Toelichten doel interview:

- Dit interview kadert in de planevaluatie die het KIO op dit moment uitvoert. Eerst werden proposals van alle platformen op inhoudelijk niveau grondig geanalyseerd. Vervolgens werd een comparatieve analyse uitgevoerd. Dit wil zeggen dat verschillende platformen op vlak van verschillende categorieën met elkaar vergeleken werden. Deze categorieën waren: thema, werkingsgebied, doelgroep, rekrutering testpopulatie, probleemstelling, hulpmiddelen, valorisatie, evaluatie, onderzoeksvragen, projecten, partijen, financiering en arbeidsinnovatie. Deze vergelijking is op dit moment zo goed als afgerond. Nu willen we aan de hand van interviews met de vertegenwoordigers van de verschillende platformen bepaalde onduidelijkheden uit de proposals verhelderen en nagaan of er op dit moment of in de toekomst afwijkingen zijn tussen wat beschreven staat in de proposals en de huidige werking van de platformen. Na de analyse van de interviews zullen we de planevaluatie afronden en de bevindingen ook terugkoppelen naar de platformen.

Toelichten methodologie interview:

- Er zullen open vragen gesteld worden waar u vrij op kan antwoorden. Af en toe zal een vraag ter verduidelijking gesteld worden.
- Het interview zal maximum anderhalf uur duren.
- Graag hadden we ook uw/jullie toestemming gevraagd om dit interview op te nemen met een digitale recorder. Deze opnames zullen enkel door de onderzoekers gebruikt worden om het interview achteraf te herbeluisteren.

Open vragen:

- De volgende open vragen zullen in een niet vaststaande volgorde gesteld worden aan alle platformen:
 - Wat is het thema of met andere woorden de focus van het platform?
 - Welke zijn volgens jullie de problemen in de huidige Vlaamse maatschappij met betrekking tot ouderen. Met andere woorden wat is jullie probleemstelling?
 - Welke doelgroepen willen jullie bereiken met jullie platform?

- Op welke wijze zal de testpopulatie gerekruteerd worden?
- Wat is het werkingsgebied van jullie platform?
- Wat zijn de doelstellingen die het platform wil bereiken?
- Welke hulpmiddelen zal het platform aanwenden om de doelstellingen te bereiken?
- Hoe zal het platform aan valorisatie doen?
- Wat zal het platform evalueren en op welke wijze?
- Heeft het platform onderzoeksvragen opgesteld?
- Welke partijen zijn verbonden aan het platform?
- Hoe wordt het platform gefinancierd?
- Zal het platform inzetten op de arbeidskwaliteit (vb minder werkdruk, meer regelmogelijkheden) van zorgverleners (professionals, vrijwilligers)?
- Zo ja: Hoe dan? Zijn hier al ideeën rond?
- Zo nee: Waarom niet? Is dit misschien iets dat indirect via andere doelstellingen aandacht zal krijgen? Of iets waar jullie nog niet aan gedacht hebben en graag meer over willen weten?

Projecten

Introductie:

- Voorstellen onderzoekers: Naam & functie binnen KIO

Toelichten doel interview:

- Dit interview kadert in de planevaluatie die het KIO op dit moment uitvoert. Eerst werden proposals van alle platformen op inhoudelijk niveau grondig geanalyseerd. Vervolgens werd een comparatieve analyse uitgevoerd. Dit wil zeggen dat verschillende platformen op vlak van verschillende categorieën met elkaar vergeleken werden. Deze categorieën waren: thema, doelstellingen, evaluatie, werkingsgebied, doelgroep: ouderen, mantelzorgers, zorgverleners, rekrutering: ouderen, mantelzorgers, zorgverleners, netwerkstructuur, bestuursmodel, kwaliteit organisatie en arbeid en financiering. Deze vergelijking is op dit moment zo goed als afgerond. Nu willen we aan de hand van interviews met de vertegenwoordigers van de verschillende platformen bepaalde onduidelijkheden uit de proposals verhelderen en nagaan of er op dit moment of in de toekomst afwijkingen zijn tussen wat beschreven staat in de proposals en de huidige werking van de platformen. Na de analyse van de interviews zullen we de planevaluatie afronden en de bevindingen ook terugkoppelen naar de platformen.

Toelichten methodologie interview:

- Er zullen open vragen gesteld worden waar u vrij op kan antwoorden. Af en toe zal een vraag ter verduidelijking gesteld worden.
- Het interview zal maximum anderhalf uur duren.
- Graag hadden we ook uw/jullie toestemming gevraagd om dit interview op te nemen met een digitale recorder. Deze opnames zullen enkel door de onderzoekers gebruikt worden om het interview achteraf te herbeluisteren.

Open vragen:

- Wat is het thema of met andere woorden de focus van het project?
- Welke primaire doelstellingen stellen jullie voorop binnen huidig project?
- Kunnen jullie aangeven hoe de evaluatie van het project concreet zal gebeuren?
- Wat is het werkingsgebied van jullie project?
- Vanuit welk model / visie zijn jullie al kijken jullie naar de doelgroep ouderen?
- Wat zijn de in- en exclusiecriteria mbt de doelgroep ouderen voor deelname aan het project? Op basis van ziektebeeld, zelfredzaamheid, woonvorm, socio-economische status. Aantal ouderen?
- Hoe lang zal één oudere minimaal en maximaal deelnemen aan het project?
- Zullen ook mantelzorgers betrokken worden? In- en exclusiecriteria?
- Worden tevens professionele zorgverleners geïncludeerd? Welke?
- Op welke manier worden de doelgroepen gerekruteerd?
- Projectsamenwerkende vragen mbt arbeidsorganisatie en/of kwaliteit van arbeid
- Projectsamenwerkende vragen mbt netwerkstructuur.
- Projectsamenwerkende vragen mbt bestuursmodel.
- Ervaren jullie de IWT subsidiëring als een stimulans om te investeren in innovaties in de ouderenzorg?
- Zouden jullie de innovatie in het project ook vorm gegeven hebben zonder de overheidsfinanciering?
- Verschilt dit tussen partners?
- Zo ja: wat is de reden?
- Heeft de manier waarop de financiering verloopt invloed op jullie werking? Is het een rem of stimulans?
- Zijn de financiële middelen toereikend om innovatie vorm te geven?
- Worden de bedragen die door de platformen gevraagd zijn om gebruik te maken van hun diensten ervaren als een drempel?

Bijlage 4: Overzicht afgenomen interviews

Platform	Project	KIO onderzoekers	Geïnterviewden
AIPA		Charlotte Brys en Lien Pots	Elise Van Opstal, Liesbeth Longueville en Ilse Roelants
	ProDomo	Charlotte Brys en Lien Pots	Elise Van Opstal en Peggy De Smet
	Integrale ouderentoets	Charlotte Brys en Lien Pots	Elise Van Opstal, Heidi Tollenier, Kathleen Polders, Mieke Roeters, Hans van Bever
	Woonzorgwijken	Charlotte Brys en Juul Lemey	Peggy De Smet en Herman Vyverman
	LIATO	Charlotte Brys en Lien Pots	Jacob D'Hollander
	DIoTTO	Charlotte Brys en Lien Pots	Laurence Claeys
AZoB		Lien Van Pee en Hakim Benichou	Nathalie Dillen en Olivia Vanmechelen
	Casemanagement / trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	Hakim Benichou	Nathalie Dillen en Joeri De Ren

	(Antwerpen)		
	Informeel buurtzorgnetwerk (Antwerpen)	Lien Pots en Hakim Benichou	Veerle Dupont, Anita Dillen
	OPA (Antwerpen)	Lien Pots en Hakim Benichou	Laure Aelterman
	Projecten Brussel	Juul Lemey en Lien Pots	Projectcoördinatoren van alle projecten in Brussel
CareVille		Charlotte Brys, Lien Pots, Juul Lemey en Mark Leys	Katherine Nelissen, Bianca Ceccarelli, Ilse Renders en <i>Marie-Jeanne Vandormael</i>
	Jobtime	Charlotte Brys, Lien Pots, Hakim Benichou en Mark Leys	Katherine Nelissen, Bianca Ceccarelli, Ilse Renders en <i>Marie-Jeanne Vandormael</i> en Els Reiners
	Veilige mobiliteit bij senioren	Charlotte Brys, Lien Pots en Hakim Benichou	Ellen Jongen, Katherine Nelissen, An Neven, Anita Jans, Hugo Cortjens, Bianca Ceccarelli, Ilse Renders, <i>Marie-Jeanne Vandormael</i>
	IMV	Charlotte Brys, Lien Pots, Hakim Benichou en Mark Leys	Marleen Dethier (KLAV), Katherine Nelissen Bianca Ceccarelli, Ilse Renders, Marie-Jeanne Vandormael (Rol Wit-gele Kruis projectmedewerker),

Cardiocoach	Charlotte Brys, Lien Pots en Hakim Benichou	Lars Grieten (ZOL), Christophe Smeets (doctoraatsstudent UHasselt), Katherine Nelissen, Bianca Ceccarelli, Ilse Renders en <i>Marie-Jeanne Vandormael</i>
InnovAGE	Lies van Pee en Hakim Benichou	Bert Vanderstappen (Voorzitter platform, Gert Peeters (UZ Leuven), Bart Haex (IMEC), Jessica Hekking (Platformcoördinator)
Diabetesmanagement	Charlotte Brys en Hakim Benichou	Chantal Mathieu (diensthoofd endocrinologie UZ Leuven)
Therapietrouw & medicatieveiligheid	Juul Lemey en Hakim Benichou	Jan Meskens en Myriam Polfliet (Beide Wit-Gele Kruis)
Reva van patiënten met herseninfarct in KV	Charlotte Brys en Lien Pots	Jessica Hekking, Robin Lemmens (neuroloog UZ Leuven), Renilde Alaerts (kinesiste UZ Leuven)
Preventie van ongeplande heropnames	Lien Pots	Johan Flamaing (adjunkt- kliniekhoofd dienst Geriatrie, UZ Leuven), Koen Milisen (hoogleraar aan Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), An (doctoraatsstudent en deeltijds tewerkgesteld als verpleegkundige binnen geriatisch support team UZ Leuven), Pieter (verpleegkundige in UZ Leuven nu op cardiologie maar zal ook in het geriatische support team ingeschakeld worden)
VAL-net	Lien Pots	Johan Flamaing (adjunkt- kliniekhoofd dienst Geriatrie, UZ Leuven), Koen Milisen (hoogleraar aan Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap), Leen De Coninck (Arteveldehogeschool Gent)

	Memopatch	Charlotte Brys en Hakim Benichou	Jessica Hekking, Marie Vandeputte (BAF) en Wim De Geest (CEO TheraSolve)
LiCalab		Charlotte Brys en Lien Pots	Kelly Verheyen en Vicky Van der Auwera
	Thuislevering van medicatie	Charlotte Brys en Lien Pots	Katline Cauwels (bpost)
	Time2Care	Charlotte Brys, Lien Pots en Hakim Benichou	Suzy Maes, Kelly Verheyen en Vicky Van der Auwera
	Topshake	Charlotte Brys, Lien Pots en Hakim Benichou	Michel Tops, Vicky Van der Auwera
	Sociaal makelaar	Charlotte Brys en Juul Lemey	Leen Heylen, Els Maes en Peter Olaf
Online Buurten		Lien Pots en Hakim Benichou	Bert Desmet en Nickie Maes
	Wijk aan zet	Charlotte Brys en Lien Pots	Bert Desmet , Nickie Maesen Ann De Corte

Bijlage 5: Resultaten doelstellingen platformen

Doelstellingen	AIPA	LiCalab	CareVille	InnovAGE	AZoB	Online Buurten
Zo lang mogelijk zelfstandig leven	<p>DOEL</p> <p>Zo lang mogelijk niet naar het WoonZorg-Centrum hoeven.</p> <p>METHODE</p> <p>Zelfredzaamheid versterken.</p> <p>Inspelen op vraag van ouderen naar autonomie, de mogelijkheid zelf actief te blijven, geaccepteerd te worden en niet gestigmatiseerd.</p>	<p>DOEL</p> <p>Mensen zo lang mogelijk zelfstandig of ondersteund thuis laten wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>De oudere versterken in zijn autonomie en zelfredzaamheid.</p> <p>Innovaties die focussen op hoe het individu de regie kan houden en hoe via preventie en leefstijltherapie gezondheid, ziekte en welzijn beter kan beheren: preventie, gezondheids promotie, eHealth en zelfredzaamheid.</p>	<p>DOEL</p> <p>Ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis of residentieel laten wonen en het aantal opnames in WZC en ziekenhuizen beperken.</p> <p>METHODE</p> <p>Door een innovatieve versterking van de 'zorgmobiliteit'.</p>	<p>DOEL</p> <p>Langer (en gelukkiger) zelfstandig kunnen blijven wonen in vertrouwde omgeving. Grotere autonomie en behoud van zelfbeschikking. Ziekenhuis-opnames vermijden.</p> <p>METHODE</p> <p>Innovatieve ondersteunende producten en diensten voor ouderen creëren; die o.a. de zelfredzaamheid in thuissituatie verhoogt.</p> <p>Zelfredzaamheid en inclusie staan bij de kwetsbare groep centraal.</p>	<p>DOEL</p> <p>Zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren in de vertrouwde leef- en woonomgeving.</p> <p>METHODE</p> <p>Versterken en activeren zelfredzaamheid en samenredzaamheid.</p> <p>Faciliteren zelfzorg en mantelzorg.</p> <p>Evenwichtig en goed afgestemd samenspel van informele en formele zorg.</p>	<p>DOEL</p> <p>Langer kwalitatief thuis wonen van zorgbehoevende ouderen.</p> <p>METHODE</p> <p>Focus op innovaties die langer kwalitatief thuis wonen van zorgbehoevende ouderen mogelijk maakt.</p> <p>Zelfstandigheid, zelfredzaamheid en zelfregie van de ouderen vergroten.</p>
Thuisomgeving verbeteren	<p>DOEL</p> <p>Voldoende aangepaste en betaalbare woningen.</p> <p>Levensloopbestendige omgeving.</p> <p>METHODE</p> <p>Levensloop-bestendige omgeving, openbare ruimte.</p>	<p>DOEL</p> <p>Focussen op innovaties als oplossing voor vraagstukken in de 'zorg voor thuiswonende ouderen'.</p> <p>METHODE:</p> <p>Leefstijlvriendelijke wijken, stedelijke planning, ruimtelijke ordening ontwikkelen, design.</p>	<p>DOEL</p> <p>Kwaliteitsvol, veilig en betaalbaar thuis of residentieel wonen van oudere personen.</p> <p>METHODE</p> <p>Zorgmobiliteit.</p> <p>Sociale participatie versterken.</p>	<p>DOEL</p> <p>Alternatieven zoeken voor opvolging van thuiswonende ouderen die geen beroep kunnen doen op continue ondersteuning.</p> <p>METHODE</p> <p>Het creëren van een intelligente ondersteunende leefomgeving in al zijn aspecten.</p>	<p>DOEL</p> <p>Inzetten op onaangepast wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>Een aangename woon- en leefomgeving creëren voor bewoners en gebruikers.</p>	<p>DOEL</p> <p>Integrale benadering van kwalitatief langer thuiswonen.</p> <p>METHODE</p> <p>stimuleren van nieuwe contacten in de wijk.</p> <p>Buurt dynamiek centraal.</p>

Publieke diensten in ruimte zin verbeteren (door stad Aalst).	Mobiliteit buitenshuis verbeteren.	Communicatieplatform fifthplay.	Langer deelnemen aan sociale activiteiten.	Steun uit de gemeenschap en gezondheidszorg door afstemming tussen formele en informele zorg uit te werken.	zelfregie en het opnemen van betekenisvolle rollen in de samenleving.
Voldoende aangepaste en betaalbare woningen.	Directe omgeving rond het individu meegroeien met behoeften, mobiliteit binnenshuis verbeteren.		Inclusie kwetsbare groep.	Levensloopbestendig wonen.	digitaal community based communicatie- en dienstenplatform.
Aangepaste communicatie (ook non-technologische innovatie).	Sociale inclusie, sociale netwerken.		Gevers van hulp, meer burgers participeren er langer en in goede gezondheid.	Maximalisatie participatiekansen.	optimale match tussen de informele sociale steun en de professionele steun van de oudere te bewerkstelligen.
	Maatschappelijke participatie. Interactie met de buitenwereld.		Communicatie-platform.	Maximalisatie participatiekansen, inclusiegedachte.	
Aandacht voor de sociaal zwakkere groep, respect en niet gestigmatiseerd.	Communicatie-platform Cubigo.			Bewoners kennen en helpen elkaar in de buurt.	
	Focussen op welzijn en gezondheid, integrale zorg.		Innovatieve ondersteunende producten en diensten voor ouderen creëren.	blokje AZoB-proeftuinplatform Cubigo.	
Ouderen zo lang mogelijk in de maatschappij laten meedraaien.					

	optimaliseren van de zorgverlening thuis, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorgdienstverlening verhoogd.					
Actief participeren; vereenzaming tegengaan	<p>DOEL</p> <p>De focus ligt op vereenzaming tegengaan.</p> <p>Thuis blijven wonen is pas kwalitatief als vereenzaming van de oudere wordt tegengegaan.</p> <p>Ouderen zo lang mogelijk in de maatschappij laten meedraaien.</p> <p>METHODE</p> <p>Openbare ruimte als deel van de leefomgeving van ouderen testen op aanpassingen voor senioren.</p>	<p>DOEL</p> <p>Vereenzaming en sociale uitsluiting tegengaan.</p> <p>METHODE</p> <p>Sociale inclusie, sociale netwerken uitbouwen.</p> <p>Innovaties die zich focussen op interactie van het individu met de buitenwereld (maatschappelijke participatie en de uitbouw van een sociale omgeving die dat mogelijk maakt).</p>	<p>DOEL</p> <p>Sociale participatie versterken.</p> <p>METHODE</p> <p>/</p>	<p>DOEL</p> <p>Meer burgers participeren langer in goede gezondheid.</p> <p>Langer deelnemen aan sociale activiteiten.</p> <p>METHODE</p> <p>Hogere kwaliteit en een betere afstemming van zorg-componenten.</p>	<p>DOEL:</p> <p>Isolement doorbreken.</p> <p>METHODE:</p> <p>Organisatie van een overkoepelend buurtgericht vrijwilligersnetwerk om zo de bewoners te activeren.</p> <p>Bewoners kennen en helpen elkaar in de buurt.</p> <p>Mogelijkheid tot ontmoetingen in de buurt.</p>	<p>DOEL</p> <p>Maatschappelijke participatie en sociale contacten verhogen.</p> <p>METHODE</p> <p>Ouderen versterken door max te verbinden met personen, groepen en organisaties in de buurt.</p> <p>Sociale functie van technologie: verbindingen met anderen vergemakkelijken.</p> <p>Stimuleren nieuwe contacten in de wijk.</p> <p>Maatschappelijke participatie met focus op zelfregie en het opnemen van betekenisvolle rollen in de samenleving.</p>

Representatief	<p>DOEL</p> <p>Representatieve testpopulatie samenbrengen.</p> <p>METHODE</p> <p>Brede oproep, verspreid naar volledige populatie.</p>	<p>DOEL</p> <p>Er wordt gestreefd naar een zo representatief mogelijke sample.</p> <p>METHODE</p> <p>Een volledige, statische representativiteit is daarbij vaak minder haalbaar. Daarom zal steeds in functie van de experimenten en projecten specifiek moeten gekeken worden naar een goede vertegenwoordiging van de vooropgestelde doelgroep.</p>	<p>DOEL</p> <p>Representatieve steekproef.</p> <p>METHODE</p> <p>Gestratificeerde steekproef van 1500 personen. Voor elke persoon wordt één reserve voorzien. Indien ondervetegenwoordiging van vooropgestelde bevolingsgroepen (Turkse en Italiaanse afkomst): extra steekproef uit bevolkingsregisters Hasselt en Genk van 65+ van die nationaliteit, gestratificeerd naar leeftijd.</p>	<p>Connectie met de testpopulatie wordt jaarlijks geëvalueerd op platformniveau (representativiteit, beoogde spreidingen).</p>	<p>DOEL</p> <p>Demografisch representatief staal van bewoners van de geografisch afgebakende buurt(en).</p> <p>METHODE</p> <p>/</p>	<p>DOEL</p> <p>Representatieve populatie.</p> <p>METHODE</p> <p>Strikt bepalen steekproef-samenstelling.</p> <p>Mogelijkheid om in beoogde populatie van ouderen o.a. variatie in te bouwen naar zorgbehoefendheid, het inkomen, samenlevingsvormen en buurtanciënniteit.</p>
Zorgeind-gebruiker centraal	<p>DOEL</p> <p>Bij een open innovatie staat de samenwerking tussen multidisciplinaire actoren (diverse bedrijven, zorgverleners, gebruikers zelf,...) centraal.</p> <p>Kwaliteitsvolle oplossing bieden voor reële noden, en rekening houden met betaalbaarheid van innovaties voor de doelgroep, nu en in de toekomst.</p> <p>METHODE</p> <p>Begeleiding en aanpak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - co-creatie proces - mate van betrokkenheid 	<p>DOEL</p> <p>Innovaties, die een antwoord bieden op vragen en noden, gezamenlijk met toekomstige gebruikers te ontwikkelen, te implementeren en sneller te valoriseren.</p> <p>METHODE</p> <p>Evaluatie en co-creatie gebeurt via analoge technieken: interviews, focusgroepen en digitale technieken: geïntegreerde enquêtes, opvolging van de klikgeschiedenis, evaluatie gebruikersstatistieken.</p>	<p>DOEL</p> <p>De zorggebruiker staat centraal. Gericht op noden van zorgvrager en zorgverlener.</p> <p>METHODE</p> <p>Het opzetten van een proeftuin laat toe om een zorginnovatie tijdens de hele ontwikkelingsketen (van ideegeneratie over prototype tot afgewerkt product/proces/dienst) door middel van participatieve processen te co-creëren, samen met de eindgebruiker (zorgvrager en zorgverlener). Het is daarbij noodzakelijk naast de participatie in het eigen zorgtraject of zorgproces ook participatie op niveau van zorgorganisaties en netwerken van zorgbetrokken organisaties te realiseren.</p>	<p>DOEL</p> <p>De eindgebruiker staat centraal in het InnovAGE co-creatieproces.</p> <p>In iedere fase van de projecten moeten de partners oog hebben voor de vragen, noden en feedback van de doelgroep van hulpbehoevende senioren.</p> <p>METHODE</p> <p>Participatie van de doelgroep doorheen hele proces: focusgroepen, sociale stadsgesprekken, betrokkenheid Leuvense seniorennetwerken (overkoepelende Leuvense seniorenraad, centrum en lokale dienstencentra, praatgroepen in WZC,</p>	<p>DOEL</p> <p>Nieuwe visie op ouderenzorg die de bewoners activeert om te komen tot echte co-creatie, waarin zowel de bewoners zelf als de lokale organisaties een belangrijke (en zelfs trekkende) rol spelen. Aangepast en inspelen op de noden van ouderen.</p> <p>METHODE</p> <p>Testpopulatie wordt uitgenodigd om actief te participeren om innovaties te testen.</p>	<p>DOEL</p> <p>De mening van ouderen, noden en wensen meenemen in de ontwikkeling van de producten.</p> <p>METHODE</p> <p>Vernieuwende werkwijze van co-creatie.</p>

<p>ouderen en zorg-verstrekkers - zowel push als pull</p> <p>- profiel van de oudere die bereikt wordt</p> <p>- communicatie op mensenmaat</p> <p>- co-creatie en participatie technieken aanreiken.</p>	serviceflats).
--	----------------

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Bijlage 6: Rekruteringsstrategie mantelzorgers bij de platformen

	LiCalab	AZOB	InnovAGE	AIPA	CareVille	Online Buurten
Inclusie mantelzorgers in panel	Ja	Ja, maar zonder registratie in panelkit	Nee, wel drie mantelzorgorganisaties bij partners	Ja	Ja	Ja, maar nog onduidelijkheid over registratie in panelkit
Aantal	Niet bekend	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Minimum 250	Veelvoud van 200
Rekrutering	Persoonlijk contact, digitale infoborden, digitale nieuwsbrief, website, buurttraden, stand op markt & lokale pers	Niet bekend	NVT	Via Familiehulp, OCMW Aalst, vzw Zorginnovatiecluster, Vrijwilligerswerking & seniorenorganisaties (rekruteringsmethode niet beschreven)	Gekoppeld aan rekrutering ouderen via zorgorganisaties (rekruteringsmethode niet beschreven)	- Persoonlijk bevraging door OCMW medewerkers. - Gekoppeld aan rekrutering ouderen
Methode	Online survey, focusgroepen, interviews & enquêtes	Focusgroepen	NVT	Niet bekend	Elektronische of schriftelijke enquêtes, interviews, gebruikerstesten & zaaiijst.	Levensverhaal, brainstorm & focusgroepen
Verdeling panel	-50% man, 50% vrouw - Verschillende regio's (landelijk en stedelijk) - 10 à 15 % allochtonen, 85 à 90 % autochtonen	- Afspiegeling van demografische samenstelling van de buurt - Inwonende (familie) en niet inwonende (niet-familie) mantelzorgers - Allochtone en autochtone mantelzorgers	NVT	- Focus op sociaal kwetsbare groepen - Aandacht voor verschil in landelijke en stedelijke gebieden	- Gestratificeerde steekproef naar leeftijd, geslacht, nationaliteit, inkomensgarantie en mobiliteit - Focus op thuiszorg maar residentiële zorg en ziekenhuizen worden teven betrokken	Niet bekend

Legende: expliciet vermeld (■), niet bekend of impliciet vermeld (□), niet aanwezig of niet van toepassing (■)

Bijlage 7: Visie platformen op mantelzorg

	LiCalab	Actief Zorgzame Buurten	InnovAGE	AIPA	CareVille	Online Buurten
Vermelding mantelzorg in proposal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Visie op mantelzorg	- Innovatie nodig om mantelzorgers te ontlasten	<ul style="list-style-type: none"> - Dalende mantelzorgratio - Ondersteunen van mantelzorg nodig zodat ouderen langer en kwaliteitsvol thuis kunnen wonen - Ondersteuning door inzet van vrijwilligers of het faciliteren van communicatie met behulp van technologie - Gebrek aan kennis over het zorg- en welzijnsaanbod - Gebrek aan praktische kennis en vaardigheden 	Ondersteunen van mantelzorg nodig zodat ouderen langer en kwaliteitsvol thuis kunnen wonen	Dalende mantelzorgratio met verhoogde druk op professionele zorg	Niet beschreven	Niet beschreven

Legende: expliciet vermeld (Ja), niet vermeld (N)

Bijlage 8: Overzicht hoofd- en medeaanvragers platformen en projecten naar sector

Platform: AIPA														
Projecten: ProDoMo IntegraleOuderentoets Woonzorgwijken DloTTo LIATO														
Non- profit sector												Profit sector		
Zorgsector							Welzijns- werk	Openbaar bestuur		Netwerk- organisatie	Vormings -instelling	Bedrijven		
Gezondheidszorg				Woonzorg										
Intra- muraal	Beroeps- vereniging	Samen- werkings verband	Zieken- fonds	Thuis- zorg	Ouderenzorg		Ondersteunende centra	Welzijns- organisatie	Algemeen bestuur	OCMW	Vzw zorginnovatie- cluster	NV	BVBA	Samen- werking
	Hawp (Huisarts en- wachtpos t regio Aalst			Familie hulp	Residenti- ële ouderen- zorg	Gebruikers organisatie		SWP De Loods Denderstreek Dewaco	Stad Aalst Stad Aalst Stad Aalst Stad Aalst	OCMW Aalst	Prof Consortium Voka Health community Vzw zorginnovatieCl uster Flanders Synergie Vzw enter			

Platform of project	Onderwijs- en/of onderzoeksinstelling
AIPA	Katholieke Hogeschool Sint- Lieven
ProDoMo	Hogeschool gent of VUB
Integrale ouderentoets	Kaho Sint- Lieven Aalst
	Sint- Augustinusinstituut Aalst
Woonzorgwijken	/
DioTTO	/
LIATO	/

Platform: AZOB														
Projecten: Ouderen wonen passend Informele (buurt)zorgnetwerken Case-management														
Non- profit sector												Profit sector		
Zorgsector							Welzijns- werk	Openbaar bestuur		Netwerk- organisatie	Vormings- instelling	Bedrijven		
Gezondheidszorg				Woonzorg										
Intra- muraal	Beroeps- verenigin g	Samen- werkings verband	Zieken- fonds	Thuis-zorg	Ouderenzorg		Ondersteunende centra en koepel- organisaties	Welzijns- organisatie	Algemeen bestuur	OCMW			NV	BVBA
				Thuiszorg Brabant	Residenti ële ouderen- zorg	Gebruikers organisatie	Kenniscentrum woonzorg Brussel <u>Zorgbedrijf Antwerpen</u> Kenniscentrum woonzorg Brussel Zorgbedrijf Antwerpen Zorgbedrijf Antwerpen <u>Zorgbedrijf Antwerpen</u>	LDC Buurtwerk Chambéry vzw LDC Aksent vzw EVA vzw Buurtwerk Chambéry vzw LCD Aksent vzw Brussel LCD Buurtwerk Chambéry vzw	Stad Antwerpen <u>Stad Antwerpen</u> <u>Stad Antwerpen</u>			DKV Belgium NV	Aristoco BVBA Aristoco BVBA Aristoco BVBA Aristoco BVBA	

Platform of project	Onderwijs- en/of onderzoeksinstituut	Andere
AZOB	Vrije Universiteit Brussel	/
Ouderen wonen passend	/	/
Ontwikkelen van informele buurtzorgnetwerken	/	Ziekenzorg CM (Antwerpen)
Casemanagement en trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	/	/

Platform: **InnovAGE**

Projecten: **Diabetes-management Therapietrouw Revalidatie van patiënten met herseninfarct in kortverblijf Innovatieve patiënten-centrische dienst**

Preventie van ongeplande heropnames **VAL-net**

Non- profit sector												Profit sector		
Zorgsector							Welzijns- werk	Openbaar bestuur	Netwerk- organisatie	Vormings- instelling	Bedrijven			
Gezondheidszorg			Woonzorg											
Intra- muraal	Beroeps- vereniging	Samen- werkings verband	Zieken- fonds	Thuis- zorg	Ouderenzorg		Ondersteunende centra	Welzijns- organisatie	Algemeen bestuur	OCMW	Voka kamer van koophandel arr. Leuven	RVO Society vzw	NV	BVBA
UZ Leuven UZ Leuven UZ Leuven UZ Leuven UZ Leuven	BAF (Brabants Apotheke rs Forum) BAF	SEL GOAL vzw	CM Leuven CM Leuven	Wit- gele kruis Vaams- Brabant vzw Wit- gele kruis Vlaams- Brabant vzw	Residenti- ële ouderen- zorg WZC de wingerd vzw WZC Ter Meeren vzw WZW Ter Vlierbeke WZC Edouard Remy WZC Ter Meeren vzw	Gebruikers organisatie		Cera cvba	Stad Leuven				Nextel NV Vitalsys NV TheraSolve NV Pyxima NV Pyxima NV	Remedus BVBA

Platform of project	Onderwijs- en/of onderzoeksinstituut	Andere
Innovage	KU Leuven	Leuven Inc.
	imec	/
Diabetesmanagement	/	/
Therapietrouw en medicatieveiligheid bij kwetsbare ouderen thuis	/	/
Revalidatie van patiënten met een herseninfarct in kort verblijf	/	Aristoco
Innovatieve patiënten- centrische dienst ter verbetering van medicamenteuze therapietrouw	/	Dekimo/Layers (België)
		VTT (Finland)
		ChemPilots (Denemarken)
Preventie van ongeplande heropnames bij kwetsbare ouderen: een geïntegreerd zorgtraject voor de dienst spoedgevallen en de eerste lijn.	KU Leuven (departement maatschappelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg/departement klinische en experimentele geneeskunde)	Vzw Goal (SEL Leuven)
VAL-net	Arteveldehogeschool Gent (opleiding bachelor in de ergotherapie)	BAF
	KU Leuven (academisch centrum voor HuisartsenGeneeskunde/ departement bewegings- en revalidatiewetenschappen/departement klinische en experimentele geneeskunde)	Kinesitherapeutische Kring Leuven
		Vlaams ergotherapeutenverbond vzw
		Wit- gele kruis Vlaams- Brabant vzw (provinciaal secretariaat)
		Expertisecentrum val- en fractuurpreventie Vlaanderen

Platform: Licalab														
Projecten: Topshake Time2Care Kwalitatieve thuislevering geneesmiddelen Sociaal makelaar														
Non- profit sector													Profit sector	
Zorgsector							Welzijns- werk	Openbaar bestuur		Netwerk- organisatie	Vormings- instelling	Bedrijven		
Gezondheidszorg				Woonzorg										
Intra- muraal	Beroeps- vereniging	Samen- werkings verband	Zieken- fonds	Thuis- zorg	Ouderenzorg		Ondersteunende centra	Welzijns- organisatie	Algemeen bestuur	OCMW		HIVSET vormings- Centrum	NV	BVBA
	Kempense farm. Kring Algemeen Pharmac. Bond Vlaams apotheker s netwerk	SEL Kempen			Residenti ële ouderen- zorg	Gebruikers organisatie		De coöperatie t2c SPK vzw	Stad Turnhout Stad Turnhout Gemeente Kasterlee	Welzijnszorg Kempen			Top Foods NV CityLive NV Bpost NV	Aristoco BVBA

Platform of project	Onderwijs- en/of onderzoeksinstituut	Andere
LiCalab	Thomas More Kempen	/
Topshake	Thomas More Kempen (Lab4Food, Mobilab, MIR)	/
Time2Care	/	/
Kwalitatieve thuislevering van geneesmiddelen	Thomas More (Vonk3)	Quality Partner
		Food Safety Consulte
		LiCalab
Sociaal makelaar	Thomas More (Vonk3)	LiCalab
		Aristoco Int. BVBA

Platform: **CareVille**

Projecten: **Cardiocoach Jobtime IMV Veilige mobiliteit**

Non- profit sector												Profit sector		
Zorgsector								Welzijns- werk	Openbaar bestuur		Netwerk- organisatie	Vormings- instelling	Bedrijven	
Gezondheidszorg				Woonzorg										
Intra- muraal	Beroeps- Vereniging /beroepen	Samen- werkings verband	Zieken- fonds	Thuis- zorg	Ouderenzorg		Ondersteunende centra	Welzijns- organisatie	Algemeen bestuur	OCMW	Vzw Enter		NV	BVBA
ZOL	Dr. Lutin BVBA	Vzw Menos		Familie- hulp	Residentiële ouderen- zorg	Gebruikers organisatie			<u>Stad Genk</u>	OCMW Genk			<u>Fifthplay nv</u>	<u>Remedus BVBA</u>
Jessa	Herkenrode huisartsen kring			Familie- hulp	WZC Zonne- straat				<u>Stad Hasselt</u>	OCMW Hasselt			<u>H. Essers nv</u>	<u>Dehora consultancy group BVBA</u>
ZOL				Wit- gele kruis Limburg					<u>POM Limburg</u>				<u>Vitalsys nv</u>	
Jessa	Vzw Prometheus								<u>POM Limburg</u>				<u>H. Essers nv</u>	<u>U- Sentric BVBA</u>
Jessa	Koninklijk Limburgs Apothekers- verbond			Wit- gele kruis Limburg										
	Koninklijk Limburgs apothekers.													

Platform of project	Onderwijs- en/of onderzoeksinstituut	Andere
CareVille	Life TechLimburg	/
Cardiocoach	Universiteit Hasselt (Mobile Health Unit en CenStat)	/
Jobtime	/	
IMV		Ethilog S.A. Frankrijk
Veilige mobiliteit bij senioren	Universiteit Hasselt (Instituut voor Mobiliteit)	/

Platform: Online buurten Projecten: Wijk aan zet														
Non- profit sector												Profit sector		
Zorgsector							Welzijns- werk	Openbaar bestuur	Netwerk- organisatie	Vormings- instelling	Bedrijven			
Gezondheidszorg				Woonzorg										
Intra- muraal	Beroeps- vereniging	Samen- werkings verband	Zieken- fonds	Thuis- zorg	Ouderenzorg		Ondersteunende centra	Welzijns- organisatie	Algemeen bestuur	OCMW			NV	BVBA
					Residentiële ouderen- zorg	Gebruikers organisatie		BlueAssist vzw BlueAssist vzw		OCMW Brugge Sociaal huis Oostende (OCMW Oostende) OCMW Brugge Sociaal huis Oostende				Aristoco BVBA

Platform of project	Onderwijs- en/of onderzoeksinstelling	Andere
Online buurten	Howest	/
	VIVES	
Wijk aan zet	Howest	Aristoco
	VIVES	

Bijlage 9: Active ageing determinanten platformen

Determinanten active ageing	AIPA	LiCalab	CareVille	InnovAGE	AZoB	Online Buurten
Gezondheid en sociale diensten	Zorgvoorzieningen geïntegreerd in de buurt.	Versterken van de geïntegreerde zorg op maat van de gebruiker. Valideren (kosten)effectiviteit. Gezondheidspromotie mbt zelfstandig leven.	Mobiliteit zorgproduct, - proces of -verlener versterken. Evolueren naar zorgvraag en doelgerichte zorg.	Geïntegreerde aanpak over de grenzen van zorginstanties. Stimuleren gepersonaliseerd, preventief, predictief gezondheidssysteem.	Zorg zoveel mogelijk geïntegreerd in de samenleving. Nieuwe vormen van zorgorganisatie ontwikkelen. Organiseren snelle sociale en niet-medische interventies bij crisissituaties.	Betaalbare en toegankelijke thuis- en buurtzorg. Verhogen mentaal welbevinden. Zorg rondom een persoon beter organiseren.
Gedrag		Onderzoek / monitoren gewoonten en gedrag. Nastreven van lange-termijnsveranderingen en gezonde levensstijl.			Screenen onveilig woongedrag.	
Persoonlijke factoren						Zelfrealisatie van de oudere ondersteunen op verschillende levensdomeinen.
Fysieke omgeving	Aangepaste woonomgeving. Toegankelijke woonomgeving in ruime zin.	Leeftijdsvriendelijke / zorgvriendelijke wijken. Verbetering gezondheid en welzijn via ingrepen in een bredere context: wijk of stedelijke omgeving.	Woonomgeving van zorgbehoevende senioren wordt mee in rekening genomen.	Het creëren van een intelligente ondersteunende leefomgeving in al zijn aspecten.	Woning-aanpassingen en gebruik van gepaste hulpmiddelen. Screenen van woningen om gevaarlijke obstakels weg te nemen. Levensloopbestendig	Leeftijdsvriendelijke omgeving.

					wonen.	
Sociale omgeving	Tegengaan eenzaamheid.	Tegengaan vereenzaming; sociale inclusie en versterken sociale netwerken.	Sociale participatie versterken. Sociale netwerk van zorgbehoevende senioren wordt mee in rekening genomen.	Langer deelnemen aan sociale activiteiten.	Isolement doorbreken. Bewoners kennen en helpen elkaar in de buurt. Mogelijkheid tot ontmoetingen in de buurt.	Leerproces: leren werken met een tablet. Ouderen versterken door max. te verbinden met personen, groepen en organisaties in de buurt. Sociale functie van technologie: verbindingen met anderen vergemakkelijken. Maatschappelijke participatie met focus op zelfregie en het opnemen van betekenisvolle rollen in de samenleving.
Economisch	Betaalbaarheid wonen en zorg. Focus op sociaal zwakkere doelgroepen en betaalbaarheid.	Betaalbaarheid van de zorg.	Betaalbaar thuis of residentieel wonen. Betaalbaarheid zorg.	Sociale bescherming. Kosteneffectief. Langer deelnemen aan economische activiteiten.	Financieel en verzekerings- technisch haalbaar.	Betaalbare thuis- en buurtzorg.

Legende: expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Bijlage 10: Strategische bestuursorganen per platform op basis van documentanalyse

Platformen	Aantal strategische organen	Soorten organen	Aantal betrokken organisaties	Functie en taken orgaan
CareVille	3	Raad van Bestuur	stad Genk, stad Hasselt, POM en Life TechLimburg (LTL). Voorzitter: vertegenwoordigers van stad Genk en Hasselt.	De Raad van Bestuur heeft als taak het platform aan te sturen, de projecten op te volgen en de goede wisselwerking tussen de actoren in het platform te verzekeren. Verantwoordelijkheid voor de globale planning, globale inzet van de middelen, rapporten, enz. . Neemt de uiteindelijke beslissingen.
		Project Office	vertegenwoordigers van de Raad van Bestuur, bijgestaan door experts van LRM, MIC, Innovatiecentrum Limburg en eventuele derde partijen waar nodig voor specifieke expertise.	Een spilfunctie voor de evaluatie en aansturing van de verschillende projecten. Neutraal orgaan dat objectief beslist over de toelating van projecten/partners aan de proeftuin. Hun belangrijkste rol is de selectie van toekomstige projecten op basis van vooraf bepaalde criteria ('basisfilter').
		Algemene	1 vaste vertegenwoordiger van elk van de leden van de directie; leden van de	Genereren van nieuwe projectideeën in de zorg economie. Het doel van deze Algemene Vergadering is de

		vergadering	gebruikerscommissie; vaste vertegenwoordiger per project; enkele onafhankelijke ondernemers (Marc Decat als CEO Essec Healthcare, Rudger Mees als partner en bestuurder van Yorbody en director Healthcare & software solutions bij Cegeka Healthcare).	bespreking van de vooruitgang van de lopende projecten.
AIPA	0	/	/	
AZoB	1	Adviesgroep	Samengesteld uit vertegenwoordigers van overkoepelende verenigingen en organisaties, vertegenwoordigers van de stuurgroep en/of het dagelijkse bestuur.	Dit adviesorgaan heeft als voornaamste doel de bredere verankering van de projecten te verzekeren. Dit adviesorgaan heeft echter niet alleen als doel om projecten te ondersteunen, maar zorgt voor een lokaal-niveau-overstijgend advies en feedback met nadruk op de specifieke kenmerken van het grootstedelijk platform.
InnovAGE	1	Stuurgroep	13 leden afkomstig uit verschillende partijen (zorgaanbieders, eindgebruikers, kennisinstellingen, bedrijven en overheden).	De stuurgroep draagt de bestuursverantwoordelijkheid van de organisatie en legt verantwoording af aan de gebruikerscommissie, die haar aanstelt. Haar kerntaak is visie, missie en strategie ontwikkelen en de begroting en het personeelsbeleid er op afstemmen.
Licalab	1	Raad van Bestuur	De Raad zal bestaan uit afgevaardigden van de aanvragers uitgezonderd Aristoco, het Vlaams Patiëntenplatform, Voka Health Community en de voorzitter van Licalab (mogelijk voormalig	Raad van Bestuur laten beslissen over de operationele werking van het LiCalab-platform, zoals personeelszaken en inzet van middelen in de proeftuin. Los van deze proeftuinaanvraag zal de RvB zich ook buigen over

CEO Janssen Pharmaceutica).

LiCalab op de lange termijn. De RvB zal de bestaande stuurgroep rond LiCalab, die werd opgericht in 2009, en bestaat uit Janssen, Stad Turnhout, Leuven Reseach & Development en Thomas More Kempen, vervangen.

Online 0 / /
Buurten

Bijlage 11: Gebruikerscommissie/stuurgroep

Platform	Functie	Vertegenwoordigers	Vergaderfrequentie
CareVille	Doelgericht werken vanuit de noden van de gebruikers; bewaakt inbedding van de proeftuin in het conceptueel kader; focus op zorgmobiliteit; bottom-up kijken naar noden van de gebruikers en van daaruit zal de proeftuin nieuwe ideeën en technologieën ontwikkelen en uittesten en bestaande technologieën mee vorm geven vanuit gebruikersstandpunt.	Vertegenwoordigers proeftuinpopulatie; zorgactoren die mede-aanvrager zijn; vertegenwoordigers van derde partijen uit brede zorgsector.	2 maandelijks
InnovAGE	Eindverantwoordelijkheid; goedkeuren beheersovereenkomst; bewaken visie, missie, strategie en begroting; bespreken en goedkeuren actieplannen; participeren in event; participeren in ad-hoc werkgroepen rond specifieke thema's; samenstelling stuurgroep.	Formele aanvragers; ledenorganisaties/stakeholders .	(minimaal) 2 maal per jaar
LiCalab	Opstellen en goedkeuren van het reglement van orde van de gebruikerscommissie; aanbrengen nieuwe projecten; keuze bijkomende projecten en opstellen criteria; actief sturing geven resultaten. Opvolgen van resultaten en voortgang van projecten; evaluatie projecten en opstellen criteria	Ledenorganisaties.	Minimaal 4 maal per jaar

Beslissingen rond communicatie, PR en disseminatie.			
AZoB	<p>Actief meewerken aan AZoB; resultaten gebruiken en dissemineren.</p> <p>Mee bepalen algemeen en administratief beheer; technische ondersteuning; selectie en beheer testpopulatie; organisatie gebruikersonderzoek; marketing platform; uitwisseling ideeën en info met lokale implicatie.</p>	Vertegenwoordigers dagelijks bestuur; ledenorganisaties.	4 maal per jaar
AIPA	Fungeert als stuurgroep; analyse, evaluatie en coördinatie testresultaten; acties platform en projecten bijsturen.	Formele ledenorganisaties; aanvragers; platformcoördinator.	4 maal per jaar
Online Buurten	<p>Strategisch aansturen platform; goedkeuren, verlengen, bijsturen (nieuwe) projecten; aanvaarden, weigeren, stopzetten (nieuwe) partnerships; budgetopmaak, -wijziging, -controle.</p> <p>Sturing inhoudelijke werking, op aangeven van het dagelijks bestuur.</p> <p>Samenstellen dagelijks bestuur; disseminatie van de behaalde resultaten.</p>	Platformpartners; ledenorganisaties.	4 maal per jaar

Bijlage 12: Operationele bestuursorganen per platform op basis van documentanalyse

Platformen	Aantal strategische organen	Soorten organen	Betrokken organisaties/leden	Functie en taken
CareVille	2	Directie CareVille	Vertegenwoordiger aanvragers en een vertegenwoordiger van LTL (zijn de formele aanvragers van platform).	Managmentteam. De Directie is verantwoordelijk voor de operationalisering van het platform. De focus ligt op kennisoverdracht tussen de partners. Er is aandacht voor feedback op proeftuin en projecten. De globale doelstelling wordt bewaakt. Stuurt projectmanagers en operationeel team aan.
		Operationeel team/projectteam	3 projectmanagers en administratieve kracht tewerkgesteld door steden Genk en Hasselt, LTL, Wit-gele kruis Limburg en POM Limburg.	Uitwerken van werkpakketten.
AIPA	2	Platformcoördinatie	Gebeurt vooral door platformcoördinator en de medewerker van Zorginnovatiecluster.	Zij zorgen ook voor een duidelijke verbinding tussen de commissie en de testpopulatie als ook de projectverantwoordelijken.

AZoB	3	Werkgroepen per project	Deze werkgroepen worden samengesteld met leden van de aanvragers, volgens wie interesse en kennis heeft over de specifieke project-thema's.	Organisatorisch worden er in de gebruikerscommissie werkgroepen met relevante afgevaardigden opgericht per specifiek project, zodat geïnteresseerden in een specifiek thema dat van nabij kunnen volgen en relevante input en feedback kunnen geven.
		Platformcoördinatie	Binnen AZOB werden 2 coördinatoren aangesteld: 1 werkzaam in Zorgbedrijf Antwerpen en 1 werkzaam bij Kenniscentrum Woonzorg Brussel.	Zij stellen gezamenlijk de agenda's op voor de stuurgroep en de adviesgroep. Beide coördinatoren zijn voor hun eigen regio contactpersoon voor de projecten en ook voor de lokale verenigingen die op een of andere manier betrokken zijn bij het functioneren van het platform.
		Dagelijks bestuur	Bestaat uit de aanvragende partners, de coördinatoren en ad hoc aanvulling met leden van de gebruikerscommissie. Het voorzitterschap en secretariaat van het dagelijks bestuur ligt bij zorgbedrijf Antwerpen, de hoofdaanvrager.	Naast het begeleiden van deze twee coördinatoren, zal het dagelijks bestuur ook toezien op de samenhang tussen de twee regio's en het optimaliseren van de samenwerking. Zij stelt tevens de agenda samen van de gebruikerscommissie/stuurgroep. Alle beslissingen met financiële consequenties.
		Lokaal overleg Brussel/Antwerpen	Eén overleg met lokale partners in Antwerpen en één overleg met lokale partners in Brussel.	Tijdens deze overlegmomenten worden dan, zoals de naam het zegt, vooral lokale knelpunten besproken. Punten die het hele platform aanbelangen worden besproken in het respectievelijk dagelijks bestuur of in de gebruikerscommissie/stuurgroep.

InnovAGE	2	Facilitatie- team	Binnen dit team worden mensen ter beschikking gesteld uit de verschillende partnerorganisaties: SEL GOAL, UZ Leuven, RVO society, Stad Leuven.	Op het operationele niveau worden voor de kerntaken (coördinatie, communicatie, (ICT-)ondersteuning, projectbeheer) door de verschillende partnerorganisaties mensen ter beschikking gesteld die zich voor ten minste 50% kunnen engageren binnen het platform. Deze kerntaken komen overeen met de verschillende werkpakketten.
		Ad- hoc werkgroep	Bestaat uit de betrokken facilitator (i.e. verantwoordelijke werkpakket) aangevuld met relevante leden uit de stuurgroep en gebruikerscommissie.	Voor taken die concreet afgelijnd zijn, en waarbij de interactie tussen de verschillende stakeholders essentieel is.
Licalab	1	Operationeel team	Platformcoördinatoren, 2 community managers, 1 project manager, 1 ICT manager, 4 partners voor PR, communicatie en administratie, schepen of burgemeester van stad Turnhout. Voorzitter: schepen of burgemeester stad Turnhout.	Dagelijkse aansturing van het proeftuinplatform.
		Dagelijks bestuur	Partners platform.	Vorbereiden vergaderingen stuurgroep/gebruikerscommissie; beslissen inzake operationele problemen, op aangeven platformcoördinator.
Online Buurten	1			

Bijlage 13: Resultaten doelstellingen projecten

Platform	Project	Zo lang mogelijk zelfstandig leven
AIPA	ProDomo	<p>DOEL</p> <p>Zo lang mogelijk niet naar WZC. Zo lang mogelijk controle over eigen leven behouden.</p> <p>METHODE</p> <p>Zelfredzaamheid verhogen. Kwaliteitsvolle zorg thuis indien nodig.</p>
	Ouderentoets	<p>DOEL</p> <p>Langer thuis kunnen blijven wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>Toegang hebben tot het publieke leven.</p>
	Woonzorgwijken	<p>DOEL</p> <p>Zo lang mogelijk thuis blijven wonen, in een voor de oudere vertrouwde wijk; zo lang mogelijk regie over het eigen leven houden.</p> <p>METHODE</p> <p>Nieuw model ontwikkelen voor de inrichting en organisatie van een woonwijk met zorgfuncties.</p>
	LIATO	<p>DOEL</p> <p>Ondersteuning van ouderen die zelfstandig wonen en wensen langer thuis te blijven wonen op een kwaliteitsvolle manier. Gevoel van veiligheid geven.</p>

		<p>METHODE</p> <p>Met onopvallende technologie in de woning de levenskwaliteit van zelfstandig wonende ouderen verhogen.</p>
	DIoTTO	<p>DOEL</p> <p>Langer zelfstandig laten leven van senioren in hun thuisomgeving.</p> <p>METHODE</p> <p>Ondersteuning van het zelfstandig thuis wonen van senioren.</p>
LiCalab	Thuislevering medicatie	<p>DOEL</p> <p>Volwaardig efficiënt alternatief voor het voorzien van boodschappen (en medicatie aan huis) aan minder mobiele personen en/of ouderen die langer thuis willen blijven wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>Aanbod voor personen die langer autonoom thuis wensen te blijven helemaal afstemmen op de noden.</p>
	Time2Care	<p>DOEL</p> <p>Langer zelfstandig leven, actief ouder worden.</p> <p>METHODE</p> <p>Vergroten zelfredzaamheid van de oudere. Gebruik maken van de on(der)benutte sociale capaciteit.</p>
	Topshake	
	Sociaal makelaar	<p>DOEL</p> <p>Langer zelfstandig thuis wonen en het verhogen van het welbevinden bij de oudere.</p> <p>METHODE</p> <p>Zorgnetwerken van ouderen versterken met specifiek aandacht voor ouderen in een kwetsbare positie</p>
CareVille	Cardiocoach	Opvolging van HF patiënten die thuis wonen.

	Veilige mobiliteit bij senioren	DOEL Verlengen van zelfstandigheid van ouderen in hun thuissituatie. Ouderen behouden zo lang mogelijk de mobiliteit. METHODE Maximaal ondersteunen in het continueren van een veilige mobiliteit via zelfinzicht en training van rijvaardigheid.
	IMV	DOEL Langer zelfredzaam blijven thuis. METHODE De zelfredzaamheid van thuiswonende kwetsbare zorgvragers verlengen door correct medicatiegebruik, toegenomen therapietrouw en patiëntveiligheid.
	Jobtime	Sneller een goed opgeleid zorgverlener ter beschikking kunnen hebben. Werken over organisaties heen waardoor competenties uit de ene setting kunnen gebruikt worden in de andere en omgekeerd.
InnovAGE	Diabetesmanagement	
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	DOEL Patiënten langer en gezond thuis laten verblijven in een medicatieveilige omgeving. METHODE Geneesmiddelengesprekken, intelligente medicatiedispensers (die herinneren aan medicatie inname, therapietrouw meten), ondersteunen de patiënt bij het correct geneesmiddelengebruik.
	Ongeplande heropname	DOEL Ouderen zo lang mogelijk laten wonen in hun vertrouwde omgeving. METHODE Sterke focus op het behoud van het functioneren in de thuissituatie.
	VAL-net	DOEL

		<p>Ouderen met een verhoogd valrisico zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving laten wonen en hen de autonomie laten behouden.</p> <p>METHODE</p> <p>Reductie van het valrisico.</p>
	Memopatch	<p>DOEL</p> <p>Langer autonoom thuis blijven wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>Tool en ondersteuning om medicatie tijdig en veilig in te nemen, op verschillende tijdstippen.</p>
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	<p>DOEL</p> <p>Duur van hospitalisaties verkorten. Kortdurende revalidatie in WZC voor specifieke groep patiënten na CVA om nadien indien mogelijk terug naar huis te gaan.</p>
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	<p>DOEL</p> <p>(Gefragiliseerde) ouderen zo lang mogelijk kwaliteitsvol thuis laten wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>Ontwikkelen van individuele zorgplannen en -trajecten. Vernieuwde aanpak ontwikkelen waarbij het langer thuis wonen van de gefragiliseerde oudere wordt gerealiseerd vanuit de concrete problematiek van de oudere zelf (vraaggestuurd), gebruik makend van de mogelijkheden van deze oudere en zijn omgeving (empowerment), aangevuld met de inzet van vrijwilligers in de buurt en van professionelen.</p>
	OPA	<p>DOEL</p> <p>Langer zelfstandig thuis blijven wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>Woningaanpassingen en het autonoom wonen van ouderen in de grootstad explicieter ondersteunen.</p>
	Informeel buurtzorgnetwerk	<p>DOEL</p>

		<p>Zo lang mogelijk kwaliteitsvol thuis kunnen blijven wonen.</p> <p>METHODE</p> <p>Zelfstandigheid vergroten. De oudere en zijn informele (buurt)zorgnetwerk op autonome wijze verder laten functioneren.</p>
Online Buurten	Wijk aan zet	<p>DOEL</p> <p>Uitbouwen vermaatschappelijking van de zorg.</p> <p>METHODE</p> <p>Autonomie en inclusie van iedereen vergroten.</p>

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Platform	Project	Thuisomgeving verbeteren
AIPA	ProDomo	DOEL Kwalitatief thuis kunnen wonen. METHODE Betaalbare zorg thuis. Veilige woningen; levensloopbestendig wonen.
	Ouderentoets	DOEL Verbeterde toegankelijkheid van het openbare leven. METHODE Verbeteren toegankelijkheid openbare leven (dienstverlening, openbare ruimte, publieke leven, communicatie, openbaar vervoer). Aangepaste woonzorgzones maken waarbij ook de woonomgeving is aangepast; verbeteren toegankelijkheid openbare leven (dienstverlening, openbare ruimte, publieke leven); leeftijdsvriendelijke omgeving. Maximaal betrekken bij het openbare leven, toegang hebben tot het publieke leven.
	Woonzorgwijken	DOEL Aangepaste woonomgeving. METHODE Integraal zorgmodel, toegankelijkheid omgeving vergroten, sterke verwevenheid wonen en zorg. Optimaal kunnen deelnemen in de samenleving met focus op zekerheid, samenzijn, comfort, rust en vrijheid en sociale cohesie.
	LIATO	DOEL Ouderen in eigen woonomgeving ondersteunen. METHODE Veilige woningen. Focus op communicatie.
	DIoTTO	DOEL

		<p>In de thuisomgeving een gevoel van gerustheid en controle creëren bij senioren en hun mantelzorgers.</p> <p>METHODE</p> <p>Internet of Things: ouderen in eigen woonomgeving ondersteunen; veilig gevoel. Communicatie.</p>
LiCalab	Thuislevering medicatie	<p>DOEL</p> <p>Inzetten op efficiëntere en betaalbare (thuis)zorg.</p> <p>METHODE</p> <p>Efficiëntie voor thuiszorgsector, communicatie tussen huisapotheek en patiënt.</p>
	Time2Care	<p>DOEL</p> <p>Zorgzame samenleving creëren.</p> <p>METHODE</p> <p>Integrale zorg, preventie. Intergenerationele solidariteit bevorderen via meer samenwerking jong en oud. Active ageing door gebruik te maken van de on(der)benutte sociale capaciteit waardoor ouderen weer meer betekenis krijgen voor de samenleving en het gevoel van waardigheid wordt versterkt. Vrijwilligerswerk. Digitale ruilmunt.</p>
	Topshake	
	Sociaal makelaar	<p>DOEL</p> <p>Het concept sociaal makelaar uitwerken op wijkniveau.</p> <p>METHODE</p> <p>Informele zorgnetwerken uitbouwen. Sociale contacten stimuleren. Maatschappelijke participatie bevorderen. Intergenerationele solidariteit, over generaties heen. Informele zorgnetwerken van (kwetsbare) ouderen versterken door in te zetten op wederkerigheid in een wijk of buurt. Jong en oud kunnen hierin een rol spelen. Communicatie.</p>

CareVille	Cardiocoach	DOEL Patiënten thuis kunnen opvolgen. METHODE Intelligent twee weg communicatiesysteem. Efficiëntere zorg patiënten met hartfalen.
	Veilige mobiliteit bij senioren	DOEL Verbeteren toegankelijkheid openbaar domein en omgeving. METHODE Geïntegreerde benadering. Problematische locaties melden. Veilige mobiliteit. Langer actief blijven, toegang tot evenementen en activiteiten. GIS-applicatie tool.
	IMV	DOEL De lokale beschikbaarheid van de IMV-set voor de thuiswonende zorgvrager is verzekerd. METHODE Efficiënte zorgproducten en -processen. 2-weg communicatiesysteem.
	Jobtime	Optimalisatie zorgkwaliteit.
InnovAGE	Diabetesmanagement	
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	DOEL Medicatieveiligheid en therapietrouw van kwetsbare ouderen in de thuissituatie bevorderen. METHODE Efficiënte inzet zorgverleners.
	Ongeplande heropname	DOEL Verbeteren van zorgcontinuïteit bij transitie van het acute ziekenhuis, meer bepaald de dienst spoedgevallen naar thuiszorg.

		<p>METHODE</p> <p>Nieuwe transitionele zorgmodel; efficiëntie zorg; geïntegreerde zorg.</p>
	VAL-net	<p>DOEL</p> <p>Begeleidingsnetwerk voor verbetering van therapietrouw voor valpreventie bij thuiswonende ouderen met verhoogd valrisico.</p> <p>METHODE</p> <p>Efficiënt en effectief systeem. Geïntegreerd digitaal VAL-netplatform. Veilige behuizing: tegenaan vallen. Ontwikkelen IT en communicatietool.</p>
	Memopatch	<p>DOEL</p> <p>Medicatieveilige omgeving thuis creëren.</p> <p>METHODE</p> <p>Efficiëntere zorg: huisartsen, thuisverpleegkundigen en huisapotheker omringen de patiënt door samen te werken rond therapietrouw ondersteuning en tegelijkertijd verlichten ze de taak van de MZ. Communicatie tussen huisapothek en patiënt.</p>
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	<p>DOEL</p> <p>Tevredenheid over aangeboden begeleiding en geleverde diensten thuis.</p> <p>METHODE</p> <p>Effectief en efficiënt detectie systeem. Aanspreken netwerk rondom klant en begeleiding op maat. Volwaardige partnerschap, betrekken en uitbreiden van het sociale netwerk.</p>
	OPA	<p>DOEL</p> <p>De directe omgeving van ouderen veiliger maken en aanpassen.</p> <p>METHODE</p> <p>Aanbod om woningen levensloopbestendig te maken opdrijven. Woningaanpassingen (incl. hulpmiddelen) en instructies rond veilig gedrag.</p>

	Communicatietool.	
	Informeel buurtzorgnetwerk	<p>DOEL</p> <p>Geleidelijk opbouwen van een informeel netwerk rond de individuele oudere.</p> <p>METHODE</p> <p>Informeel zorg. De ouderen zetten de stap naar (ver)nieuw(d)e activiteiten buitenshuis; uit sociaal isolement halen. De oudere activeren. Communicatietool.</p>
Online Buurten	Wijk aan zet	<p>DOEL</p> <p>Stimuleren solidariteit tussen de generaties in de wijk.</p> <p>METHODE</p> <p>BlueAssist-praktijken in de wijken die 65-plussers betrekken. Welbevinden vergroten. Nieuwe praktijken creëren die de sociale cohesie van ouderen vergroten. Intergenerationeel. Via tablets communicatie in de buurt.</p>

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (), impliciet aanwezig (), afwezig ()

Platform	Project	Actief participeren: vereenzaming tegengaan
AIPA	ProDomo	
	Ouderentoets	<p>DOEL</p> <p>Vereenzaming tegengaan, risico op sociaal isolement tegengaan, ouderen maximaal betrekken bij het openbare leven.</p> <p>METHODE</p> <p>Verbeteren openbare ruimte; het mogelijk maken dat ouderen die thuis wonen toegang hebben tot het publieke leven.</p>
	Woonzorgwijken	<p>DOEL</p> <p>Vereenzaming tegengaan.</p> <p>METHODE</p> <p>Woonzorgwijk ontwikkelen waar de mensen uit de doelgroep (senioren en zorgbehoevenden) optimaal kunnen deelnemen in de samenleving met focus op zekerheid, samenzijn, comfort, rust en vrijheid en sociale cohesie.</p>
	LIATO	
	DIoTTO	
LiCalab	Thuislevering medicatie	
	Time2Care	<p>DOEL</p> <p>Doorbreken sociaal isolement, sociale cohesie, bevorderen actief burgerschap, doorbreken digitale kloof.</p> <p>METHODE</p> <p>Intergenerationele solidariteit bevorderen via meer samenwerking jong en oud. Active ageing door gebruik te maken van de on(der)benutte sociale capaciteit waardoor ouderen weer meer betekenis krijgen voor de samenleving en het gevoel van waardigheid word versterkt.</p>
	Topshake	
	Sociaal makelaar	DOEL

		<p>Sociale contacten stimuleren. Maatschappelijke participatie bevorderen. Intergenerationele solidariteit, over generaties heen.</p> <p>METHODE</p> <p>Informele zorgnetwerken van (kwetsbare) ouderen versterken door in te zetten op wederkerigheid in een wijk of buurt. Jong en oud kunnen hierin een rol spelen.</p>
CareVille	Cardiocoach	
	Veilige mobiliteit bij senioren	<p>DOEL</p> <p>Bijdragen aan langer actief blijven en minder snel in sociaal isolement terechtkomen.</p> <p>METHODE</p> <p>Mobiliteit van ouderen bevorderen.</p>
	IMV	
	Jobtime	
InnovAGE	Diabetesmanagement	
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	
	Ongeplande heropname	
	VAL-net	
	Memopatch	
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	<p>DOEL</p> <p>Bijdrage tot vermindering van de vereenzaming.</p> <p>METHODE</p> <p>Er wordt actief beroep gedaan op de netwerken rondom de klant.</p>
	OPA	

	Informeel buurtzorgnetwerk	DOEL De ouderen zetten de stap naar (ver)nieuw(d)e activiteiten buitenshuis; uit sociaal isolement halen. METHODE De oudere activeren.
Online Buurten	Wijk aan zet	DOEL Vergroten sociale contacten. METHODE Nieuwe praktijken creëren die de sociale cohesie van ouderen vergroten.

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Platform	Project	Zorg-eindgebruiker centraal
AIPA	ProDomo	DOEL Afstemmen op wens van de oudere zelf. METHODE Co-creatietechnieken om nieuwe oplossingen uit te werken. Per thema zullen eindgebruikers betrokken worden.
	Ouderentoets	DOEL Methodiek ontwikkelen die is afgestemd op noden en wensen van ouderen. METHODE Screening van de openbare ruimte en dienstverlening stad Aalst door de ogen van de oudere. Co-creatietechniek.
	Woonzorgwijken	DOEL Aftoetsen met de noden van alle betrokkenen (zorgverstrekkers, zorgbedrijven en bewoners). Inwoners van alle leeftijden, wanneer voor hen nodig

		<p>kunnen beroep doen op efficiënte zorg volgens hun behoeften.</p> <p>METHODE</p> <p>Samen met de doelgroep naar oplossingen zoeken. Co-creatie.</p>
	LIATO	<p>DOEL</p> <p>De alleenwonende oudere staat centraal.</p> <p>METHODE</p> <p>Via co-creatie de applicaties en tools optimaliseren, levenskwaliteit meten bij de gebruikers. Ouderen worden betrokken in leer- en validatiefase.</p>
	DioTTO	<p>DOEL</p> <p>Het systeem evolueert mee met de noden van de eindgebruikers.</p> <p>METHODE</p> <p>Ouderen doorheen hele proces betrokken: er wordt intensief aan co-creatie gedaan met de senioren en mantelzorgers.</p>
LiCalab	Thuislevering medicatie	<p>DOEL</p> <p>De dienst aanpassen aan de specifieke noden en producten (medicatie) van de zorgsector.</p> <p>METHODE</p> <p>Ontwikkelfase adhv co-creatie, vervolgens live testen van het ontwikkelde leveringsmodel en evaluatiefase met patiënten.</p>
	Time2Care	<p>DOEL</p> <p>Inzicht in behoeften van de doelgroep. Gebruiksgemak relevante doelgroepen staat centraal.</p> <p>METHODE</p> <p>Brainstormsessies, focusgroepen, blootstellen aan prototype, gebruikers bevraging na gebruikname.</p>
	Topshake	<p>DOEL</p> <p>Inventarisatie van de noden en verwachtingen van de primaire doelgroep,</p>

		<p>specificaties, validatie bij personen met vergevorderde dementie.</p> <p>METHODE</p> <p>Inventarisatie van gebruikersspecificaties. Validatietesten bij personen met vergevorderde dementie. Feedback van eindgebruikers, mantelzorgers, familie, zorgverleners via co-creatie sessies.</p>
	Sociaal makelaar	<p>DOEL</p> <p>Zorgvrager en samenwerking met de eindgebruikers staat centraal.</p> <p>METHODE</p> <p>Co-creatie stappen voor uitrol met o.a. de ouderen, ontwikkeling sociaal makelaar in de praktijk met kwetsbare ouderen in de wijk.</p>
CareVille	Cardiocoach	<p>DOEL</p> <p>Ontwikkelen technologie op maat van en met gebruiker.</p> <p>METHODE</p> <p>Enquêtes. Implementatie adhv RCT met 150 HF patiënten.</p>
	Veilige mobiliteit bij senioren	<p>DOEL</p> <p>Oplossingen op maat van de ouderen.</p> <p>METHODE</p> <p>Ouderen worden doorheen het hele project betrokken.</p>
	IMV	<p>DOEL</p> <p>Centraal in het project staan de behoeften en noden van de thuiswonende kwetsbare zorgvrager met betrekking tot IMV.</p> <p>METHODE</p> <p>Gebruikersspecificaties worden aanvankelijk vastgelegd, vervolgens wordt therapie-ontrouw onderzocht.</p>
	Jobtime	
InnovAGE	Diabetesmanagement	

	Therapietrouw & medicatieveiligheid	
	Ongeplande heropname	Ouderen nemen deel aan exploratiefase, implementatiefase, evaluatie- en valorisatiefase van het project.
	VAL-net	<p>DOEL</p> <p>Primaire focus op compliance van de oudere, maar tevens op de compliance van de zorgverstrekker. Afstemmen van de zorg op de noden van de oudere.</p> <p>METHODE</p> <p>Documentatie huidige werking, ontwikkeling en voorbereiden van de interventie met ouderen, tussentijdse evaluatie en toetsing met patiënten. Co-creatie.</p>
	Memopatch	<p>DOEL</p> <p>De ontwikkeling op maat van de noden van ouderen.</p> <p>METHODE</p> <p>Ouderen worden betrokken bij de ontwikkeling, voorbereiding en uitvoering van het project; uitvoering proeftuintest obv focusgroepen.</p>
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	Communicatie naar paramedici en zorgverleners om behandelplan te kunnen (bij)sturen. Ouderen worden enkel betrokken bij de uitvoering van de revalidatie.
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	De opmaak van een individueel zorgplan omvat alle levensgebieden en de eigen inbreng van de oudere en zijn omgeving.
	OPA	<p>DOEL</p> <p>Kennis verzamelen over de woning- en woonsituatie van ouderen (woonnoden).</p> <p>METHODE</p> <p>Screening, advies en uitvoering woningaanpassingen met ouderen.</p>
	Informeel buurtzorgnetwerk	<p>DOEL</p> <p>Klant/cliëntsysteem en mantelzorger staan centraal.</p>

		<p>METHODE</p> <p>Detectie van zorgbehoevende ouderen; individuele zorgnoden; individuele zorgtrajecten, afgestemd op maat van cliënt voor vraagverduidelijking, planning, linking, opvolging en evaluatie.</p>
Online Buurten	Wijk aan zet	<p>DOEL</p> <p>65+ in de thuissituatie staat centraal. Aansluiten bij noden en wensen van de betrokken ouderen en andere actoren binnen de gemeenschap.</p> <p>METHODE</p> <p>Ouderen betrekken in voorbereidingsfase (zicht op welbevinden), actie-onderzoek, evaluatie en disseminatie; in co-creatie ontstaan nieuwe ondersteuningspraktijken.</p>

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Bijlage 14: Inclusiecriteria projecten doelgroep ouderen

Project	Inclusiecriteria deelnemers project
ProDomo	Medioren en senioren, de populatie van ouder wordende inwoners, thuiswonend.
Ouderentoets	Iedereen, aantal doelgroepen met bepaalde eisen en manier van denken, mensen met gehoorproblemen, visuele problemen, mensen met cognitieve problemen, motorische problemen, allergieën,.. Voornamelijk sociaal zwakkere groepen.
Woonzorgwijken	Heel breed, ook jongere mensen en eventueel bepaalde pathologieën. Inwoners van de wijk, waarvan 20% met zorgnoden; zorgbehoevende oudere centraal.
LIATO	Kwetsbare senioren, alleenstaande senioren, internetverbinding in huis, mantelzorger hebben.
DIoTTO	Ouderen 65+ met minimale zorgbehoefte, internetaansluiting in huis, mantelzorger hebben die op voldoende grote afstand woont van de oudere, alleen wonend zijn.
Thuislevering medicatie	Zorgbehoevende weinig- of niet-mobiele mensen die ontslagen worden uit het ziekenhuis en niet naar de huisapotheke kunnen gaan.
Time2Care	Kwetsbare groepen, sociaal isolement.
Topshake	Wonend in WZC en bereidheid om mee te werken (mantelzorger), vergevorderde dementie (dysphagie), voor alle functies totaal afhankelijk.
Sociaal makelaar	Iedereen kan meedoen. Focus op oudere mensen in een kwetsbare positie die sociaal geïsoleerd leven.
Cardiocoach	Nieuw gediagnosticeerde hartfalen patiënten; 65+; thuiswonend.
Veilige mobiliteit	150 ouderen (70+) met een cognitieve beperking (MMSE >24 en GDS >2) en 100 gebruikers (ouderen) van identificatietool GIS; thuiswonend of residentieel.
IMV	Patiënten met type 2 diabetes, dementie, thuiswonend, 65+, vaste apotheker.

Jobtime	n.a.
Diabetesmanagement	Woonzorgcentrum bewoners met diabetes.
Therapietrouw en medicatieveiligheid	Kwetsbare ouderen in de thuissituatie, eerste fase zonder cognitieve beperkingen, moeilijkheden inzake therapietrouw omwille van polyfarmacie.
Ongeplande heropnames	Kwetsbare ouderen; 75+; ontslag terug naar de thuissituatie wordt beoogd; thuiswonend.
VAL-net	Thuiswonende ouderen (65+) met een valgeschiedenis die op consultatie komen in de valkliniek.
Memopatch	Zorgbehoevende oudere patiënten (specifiek profiel doelgroep wordt opgemaakt tijdens het project).
Revalidatie in KV	Patiënten met een herseninfarct; 65+..
Casemanagement	Fragiele ouderen, zeer licht tot zwaar zorgbehoevend, allochtone ouderen, multiculturele context.
OPA	Ouderen 65+, eigenaar, huurder, inwonende bij dochter/zoon.
Buurtzorgnetwerken	Zorgbehoevende ouderen, expliciet gericht op allochtone ouderen (min 20%), door vereenzaming bedreigd.
Wijk aan zet	65+; thuiswonend, inclusief het betrekken van de wijk (scholen, winkels,...).

Bijlage 15: Visie projecten op 'ouderen' en 'ouder worden'

Project	Visie vanuit project op ouderen en ouder worden
ProDomo	Activeren om wat nog lukt, vertrekkend vanuit hun probleem.
Ouderentoets	Persoon heeft geen handicap maar de omgeving.
Woonzorgwijken	Fout om te vertrekken vanuit de oudere. Rekening houden met degene die oud worden op termijn.
LIATO	Ouderen ondersteunen.
DIoTTO	Ondersteunen in dagelijkse activiteiten.
Thuislevering medicatie	Minder mobiele ouderen zijn vaak afhankelijk van mantelzorgers.
Time2Care	Active ageing.
Topshake	n.a.
Sociaal makelaar	Ouderen versterken, empowerment, inzetten op aanwezige competenties.
Cardiocoach	Achteruitgangsstadium, activeren bewuster omgaan met aandoening.
Veilige mobiliteit	Max. gebruik maken van eigen krachten cliënt.
IMV	n.a.
Jobtime	n.a.
Diabetesmanagement	n.a.
Therapietrouw	Ouderen ondersteunen en versterken in medicatiegebruik.
Ongeplande heropname	Zo lang mogelijk functionele achteruitgang tegengaan.
VAL-net	Autonomie laten behouden.
Memopatch	Ondersteuning bieden.
Reva in KV	Actief betrekken in zorgstructuur.
Casemanagement	Empowerment, volwaardig partnership.
OPA	n.a.

Buurtzorgnetwerk	Activeren van ouderen.
Wijk aan zet	Zo vanzelfsprekend dat er geen expliciet theoretisch kader voor ogen werd gehouden. Empowerment, activeren, stimuleren actief ouder worden.

Legende: n.a.: niet aanwezig.

Bijlage 16: Active ageing determinanten projecten

Platform	Project	Gezondheid en sociale diensten
AIPA	ProDomo	Betaalbare zorg thuis.
	Ouderentoets	
	Woonzorgwijken	Integraal zorgmodel.
	LIATO	
	DioTTO	
LiCalab	Thuislevering medicatie	Efficiëntie voor thuiszorgsector.
	Time2Care	Integrale zorg, preventie.
	Topshake	Betere zorg op maat.
	Sociaal makelaar	Informele zorgnetwerken uitbouwen.
CareVille	Cardiocoach	Efficiëntere zorg patiënten met hartfalen.
	Veilige mobiliteit bij senioren	Geïntegreerde benadering.
	IMV	Efficiënte zorgproducten en -processen.
	Jobtime	Optimalisatie zorgkwaliteit.
InnovAGE	Diabetesmanagement	Bevorderen diabeteszorg in WZC; preventie van (acute) complicaties van diabetes; kosteneffectief, efficiëntere communicatie.
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	Efficiënte inzet zorgverleners.
	Ongeplande heropname	Nieuwe transitionele zorgmodel; efficiëntie zorg; geïntegreerde zorg.

	VAL-net	Efficiënt en effectief systeem. Geïntegreerd digitaal VAL-netplatform.
	Memopatch	Efficiëntere zorgproces.
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	Efficiënte zorg.
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	Effectief en efficiënt detectie systeem.
	OPA	
	Informeel buurtzorgnetwerk	Informeel zorg.
Online Buurten	Wijk aan zet	Welbevinden vergroten.

Legende: expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Platform	Project	Gedrag
AIPA	ProDomo	
	Ouderentoets	
	Woonzorgwijken	
	LIATO	Gedragspatroon detecteren: afwijkingen tijdig melden, zonder dat het 'controlerend' wordt ervaren.
	DioTTO	Opvolgen van routines (opstaan-, bewegings-, eet- en drink patroon). Data wordt probabilistisch geanalyseerd en op basis daarvan wordt senior, de mantelzorger en/of een derde partij geïnformeerd.
LiCalab	Thuislevering medicatie	
	Time2Care	
	Topshake	Gezonde voeding.
	Sociaal makelaar	
CareVille	Cardiocoach	Therapietrouw bevorderen.
	Veilige mobiliteit bij senioren	Effect op mobiliteitsgedrag: veiliger rijden
	IMV	Medicatieveiligheid, therapietrouw bevorderen.
	Jobtime	
InnovAGE	Diabetesmanagement	
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	Correct toepassen therapie en complicaties vermijden.
	Ongeplande heropname	
	VAL-net	Goed beheer therapietrouw, onveilig gedrag veranderen.
	Memopatch	Goed beheer medicatie, therapietrouw.
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	

AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk
	OPA Tips rond veilig gedrag worden gegeven.
	Informeel buurtzorgnetwerk
Online Buurten	Wijk aan zet

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Platform	Project	Persoonlijke factoren
AIPA	ProDomo	
	Ouderentoets	
	Woonzorgwijken	
	LIATO	
	DioTTO	Versterken eigenwaarde: ouderen willen niet alleen geholpen worden maar ook iets terugdoen.
LiCalab	Thuislevering medicatie	
	Time2Care	Opwaarderen mensen en remediëren laag zelfbeeld; empowerment van kwetsbare groepen.
	Topshake	
	Sociaal makelaar	Empowerment van kwetsbare groepen, wederkerigheid, vanuit competenties.
CareVille	Cardiocoach	
	Veilige mobiliteit bij senioren	Tegengaan cognitieve achteruitgang: training rijvaardigheid.
	IMV	
	Jobtime	
InnovAGE	Diabetesmanagement	
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	
	Ongeplande heropname	
	VAL-net	Verhogen zelfvertrouwen.
	Memopatch	
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	Intensief revalidatie framework: o.a cognitief facet.
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	Empowerment van senioren.

	OPA	
	Informeel buurtzorgnetwerk	Empowerment van senioren.
Online Buurten	Wijk aan zet	Empowerment van senioren.

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Platform	Project	Fysieke omgeving
AIPA	ProDomo	Veilige woningen; levensloopbestendig wonen.
	Ouderentoets	Aangepaste woonzorgzones maken waarbij ook de woonomgeving is aangepast; verbeteren toegankelijkheid openbare leven (dienstverlening, openbare ruimte, publieke leven); leeftijdsvriendelijke omgeving.
	Woonzorgwijken	Sterke verwevenheid zorg en wonen, toegankelijkheid omgeving.
	LIATO	Veilig wonen.
	DIoTTO	Internet of Things: ouderen in eigen woning ondersteunen; veilig gevoel.
LiCalab	Thuislevering medicatie	
	Time2Care	
	Topshake	
	Sociaal makelaar	
CareVille	Cardiocoach	
	Veilige mobiliteit bij senioren	Toegankelijk en betaalbaar openbaar vervoer.
	IMV	
	Jobtime	
InnovAGE	Diabetesmanagement	
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	
	Ongeplande heropname	
	VAL-net	Veilige behuizing: tegengaan vallen.
	Memopatch	
	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	

	OPA	Levensloopbestendig maken van woningen.
	Informeel buurtzorgnetwerk	
Online Buurten	Wijk aan zet	

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Platform	Project	Economisch
AIPA	ProDomo	Betaalbaarheid van aangepaste woonvorm met zorgoptie; betaalbaarheid van zorg bevorderen door het voorkomen van 'dure' zorgdienst in een WZC.
	Ouderentoets	
	Woonzorgwijken	Een inschatting maken van de te verwachten kost- en efficiëntieverbetering; zorg-ecosysteem kan ontstaan, hetgeen de betaalbaarheid van de ouderenzorg in de wijk ten goede komt.
	LIATO	Betaalbaar en laagdrempelig systeem ontwikkelen.
	DIoTTO	Betaalbaar voor senioren en de samenleving.
LiCalab	Thuislevering medicatie	Betaalbare dienst, zowel voor de patiënt, de overheid als de huisapothekers.
	Time2Care	Betaalbaarheid van de ouderenzorg.
	Topshake	Kostprijs-setting: zowel concurrerend als acceptabel.
	Sociaal makelaar	Zorg betaalbaar houden.
CareVille	Cardiocoach	Door vanop afstand te werken: kosten- en tijdsbesparend.
	Veilige mobiliteit bij senioren	Mobiliteitsalternatieven tegen een betaalbare manier.
	IMV	IMV – indien correct opgezet – kan effectief leiden tot kostenbesparingen voor de organisaties en groepen die actief zijn in de gezondheidszorg én voor de overheid in het algemeen.
	Jobtime	
InnovAGE	Diabetesmanagement	Kostenbesparend voor de gezondheidszorg (cfr. hoge kost ziekenhuisopnames).
	Therapietrouw & medicatieveiligheid	Verwachte uitcome betreft lagere gezondheidskosten.
	Ongeplande heropname	Reductie van aantal ongeplande heropnames van thuiswonende ouderen op spoedgevallen met 25% waardoor meer efficiënt gebruik van de diest spoedgevallen en beperking van kosten voor het ziekenhuis, de oudere en de maatschappij.
	VAL-net	Beheersbaar houden van de zorgkosten.
	Memopatch	Effectievere behandeling; daling medicatie uitgaven. Vermijden onnodige geneesmiddelenkosten door therapie aanpassing omwille van therapie-ontrouw.

	Reva van patiënten met herseninfarct in KV	Het doel is te komen tot een objectieve studie en voorstel tot terugbetaling; betaalbare gezondheidszorg.
AZoB	Casemanagement/trajectbegeleiding binnen een lokaal woonzorgnetwerk	Betaalbaarheid van de ouderenzorg met globaal goedkopere maatschappelijke kost.
	OPA	
	Informeel buurtzorgnetwerk	Informele zorgdrager neemt taken op zich die anders niet ingevuld zouden worden of onbetaalbaar zouden zijn indien deze ingevuld zouden worden door formele zorgdragers.
Online Buurten	Wijk aan zet	Betaalbare dienstverlening.

Legende: doelstelling expliciet aanwezig (■), impliciet aanwezig (■), afwezig (■)

Bijlage 17: Focus op de verschillende componenten van draaglast en draagkracht door de projecten

	LiCalab		Actief Zorgzame Buurten		InnovAGE		AIPA		CareVille		Online Buurten			
	Thuislevering geneesmiddelen	Topshake	Casemanagement/trajectbegeleiding	OPA	Informele (buurt)zorgnetwerken	Diabetesmanagement	Therapietrouw thuiswonende ouderen	Ouderentoets	Pro DoMO	Cardiocoach	IMV	Jobtime	Veilige mobiliteit bij senioren	Wijk aan zet
Innovatie gericht op verminderen belasting	(E)	(E)	Ja	Ja	(E)	Nee	(E)	Nee	(E)	(E)	(E)	Nee	Ja	(E)
Fysiek	Nee	Nee	Nee	Werkcomfort en veiligheid vergoten	Nee	Nee	Nee	Nee	(E)	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Mentaal	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	(E)	Nee	Nee	(E) (gerustheid door continue monitoring ouderen)	(E)Gerustheid	Nee	(E) Gerustheid	Nee
Sociaal	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Financieel	Nee	(E)(-)	Zorg betaalbaar houden	(E)	(E)	Nee	Nee	Nee	(E)(-)	Nee	Nee	Nee	Willingness-to-pay wordt in kaart gebracht	(E)
Tijd	Ja	Nee	(E)	Nee	(E)	Nee	(E)	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	(E)
Innovatie gericht op verhogen draagkracht	(E)	Ja	Ja	Ja	(E)	(E)	Nee	Nee	Nee	(E)	Ja	(E)	Nee	Ja
Fysiek	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Mentaal/coping	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Sociaal	Nee	Nee	Via buurtwerking	Nee	Via buurtwerking	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Via buurtwerking
Kennis en vaardigheden	Opleidings- en informatiesessies omtrent app	Nee	Nee	Opleiding omtrent veiligheid	Nee	Eductiesessie omtrent diabetes	Nee	Nee	Nee	- Opleiding omtrent gebruikte technologie Continue informatievoorziening omtrent behandeling en gezondheidsstatus oudere	Opleiding omtrent gebruikte technologie	Nee	Nee	Opleiding omtrent tablets
Professionele ondersteuning	(E) Betere communicatie met apotheker en continue helpdesk via digitale communicatietool	Nee	Betere samenwerking met via casemanager en via digitale communicatietool	Nee	Streven naar betere samenwerking	(E) (Betere samenwerking via digitale communicatietool)	Nee	Nee	Nee	Betere samenwerking door digitale communicatietool	Nee	(E)(-) (Meer verschillende zorgvragers aan bed)	Nee	Nee

Legende:  effect impliciet vermeld,  effect niet vermeld maar mogelijk volgens KIO,  geen effect verwacht,  negatief effect verwacht

	LiCalab		Actief Zorgzame Buurten	InnovAGE		AIPA					CareVille	Online Buurte n
	Sociaal makelaar	Troeven	/	VAL-Net	Preventie ongepande heropnames	Revalidatie patiënten herseneninfarct	Therapie rouwcentr um	Woonzorgwijken	LIATO	DiOTTO	/	/
Innovatie gericht op verminderen belasting	Nee	(E)		(E)	Nee	(E)	Ja	Nee	(E)	Ja		
Fysiek	Nee	Nee		Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee		
Mentaal	Nee	Nee		(E) (Gerustheid)	Nee	Nee	Minder ongerustheid	Nee	(E) (Gerustheid)	Minder ongerustheid		
Sociaal	Nee	Nee		Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee		
Financieel	Nee	(E)		Nee	Nee	(E)(-)	(E)(-)	Nee	(E) (-) (Huurformule wordt bekeken)	Doel is innovatie betaalbaar houden		
Tijd	Nee	Nee		Nee	Nee	Nee	(E)	Nee	(E)	(E)		
Innovatie gericht op verhogen draagkracht	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Effect mogelijk	Ja		
Fysiek	Nee	Nee		Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee		
Mentaal/coping	Nee	Nee		Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee		
Sociaal	Via buurtwerking	Via buurtwerking		Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee		
Kennis en vaardigheden	Nee	Nee		Nee	Nee	Educatie en vaardigheidstraining	Nee	Nee	Nee	Enkel gebruik van easy-to-use tools		
Professionele ondersteuning	Betere samenwerking door sociaal makelaar	Nee		Betere samenwerking door communicatietool	Betere samenwerking door casemanagement	- Continue steun in WZC - Betere samenwerking door communicatietool	Betere samenwerking door digitale communicatietool	Betere samenwerking door ruimtelijke ordening en digitale communicatietool	(E) Betere samenwerking door digitale communicatietool			

Legende: effect impliciet vermeld, effect niet vermeld maar mogelijk volgens KIO, geen effect verwacht, (-) negatief effect verwacht

Bijlage 18: Overzicht bestuursorganen per project op basis van documentanalyse

Project	Aantal overleg organen	Soorten organen
ProDoMo	1	Driemaandelijks plenair overleg/stuurgroep project
Integrale ouderentoets	1	Projectstuurgroep (minstens 4 keer per jaar)
Woonzorgwijken	1	Stuurgroep (maandelijks)
DIoTTO	1	partnermeeting
LIATO	0	Eerder informeel
Ouderen Wonen Passend	1	terugkoppelingsmoment
Informele buurtzorgnetwerken	Antwerpen: 1 Brussel: 3	Netwerk van partners
(B) informele buurtzorgcoaches		

		(B) klankbordgroep
		(B) kandidaat informele zorgdrager
Casemanagement	1	Stuurgroep
Diabetesmanagement	3	projectstuurgroep
		Projectgroep
		WZC- groepen
Revalidatie van patiënten met herseninfarct	1	Wekelijks teamoverleg
Innovatieve patiënten- centrische dienst	1	Overlegmeeting (minstens 1 per maand ook via skype)
Preventie van ongeplande heropnames	2	stuurgroep
		Ad hoc werkgroepen
VAL-net	2	Stuurgroep
		Ad hoc werkgroepen
Therapietrouw en	1	Projectgroep (minimaal maandelijks, ook communicatie via dropbox)

medicatieveiligheid		Projectcomité??
Topshake	1	Projectteam
Time2Care	3	Stuurgroep (neemt ook platform aan deel; ook contact met platform informeel) Reflecteert over wat in projectteam wordt afgesproken en zet mee de lijnen uit.
		Projectteam (operationeel)
		Raad van beheer
Kwalitatieve thuislevering van geneesmiddelen	1	Stuurgroep
Sociaal makelaar	2	Bijeenkomst in gemeente/stad (stuurgroep) (tweemaandelijks). Wordt ook gewerkt met een online projectcommunity voor de stuurgroep (delen van documenten)
		Gezamenlijke bijeenkomst/community of practice (tweemaandelijks- 5 maal)
Cardiocoach	1	Stuurgroep
Jobtime	2	projectmanagementteam
		Gezamenlijk overleg
Individuele medicatie veiligheid	1	Steering committee
Veilige mobiliteit	0	
Wijk aan zet	3	projectteam

Wijkprocesteam

Stuurgroep (aansturing project)

Bijlage 19: Rekruteringsstrategie mantelzorgers projecten

	LiCalab		Actief Zorgzame Buurten			InnovAGE		AIPA		CareVille			Online Buurten	
	Thuislevering geneesmiddelen	Topshake	Casemanagement/trajectbegeleiding	OPA	Informele (buurt)zorgnetwerken	Diabetesmanagement	Therapierouw thuiswonende ouderen	Ouderentets	Pro DoMO	Cardiocoach	IMV	Jobtime	Veilige mobiliteit bij senioren	Wijk aanzet
Inclusie mantelzorgers in panel	Niet gepland (A)(O)	Ja	Ja	Niet gepland (A)(O)	Ja	Ja	Niet gepland (O)(A)	Niet gepland (A)(O)	Niet gepland (A)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Aantal	NVT	Mantelzorgers van 15 ouderen	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Niet bekend	NVT	NVT	NVT	20	0-200	50	Niet bekend	Min 10
Rekrutering	NVT	Via platform	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Niet bekend	NVT	NVT	NVT	Niet bekend	Via platform	Via twee openbare WZC	Via mantelzorgorganisatie	Niet bekend
Methode	NVT	Co-creatiesessies & validatietesten	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Niet bekend	NVT	NVT	NVT	Enquête	Niet bekend	Interviews & focusgroep	Niet bekend	Niet bekend
Verdeling panel	NVT	Niet bekend	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Niet bekend	NVT	NVT	NVT	Niet bekend	Mantelzorgers van thuiswonende ouderen met dementie	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend

Legende: Expliciet vermeld, niet bekend of impliciet vermeld, niet aanwezig of niet van toepassing, (A) mantelzorgers includeren is aanbevolgen, (O) mantelzorgers wordt niet gezien als participant met als ondersteuning voor de ouderen

	LiCalab		Actief Zorgzame Buurten	InnovAGE		AIPA					CareVille	Online Buurten
	Sociaal makelaar	Troeven	NVT	VAL-Net	Preventie ongeplande heropnames	Revalidatie patiënten herseninfarct kortverblijf	Therapietrouw centrum	Woonzorgwijken	LIATO	DiOTTO	NVT	NVT
Inclusie mantelzorgers in panel	Ja	Ja	NVT	Ja	Niet gepland (A)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	NVT	NVT
Aantal	Niet bekend	Niet bekend	NVT	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	15	NVT	NVT
Rekrutering	Niet bekend	- Oproep in stadskrant, flyeren op markt, stand op dag van de zorg - Via ziekenzorg, familiehelp,...	NVT	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	NVT	NVT
Methode	Niet bekend	Niet bekend	NVT	Niet bekend	NVT	Tevredenheidsenquête, meten Qol	Niet bekend	Focusgroepen	Niet bekend	Contextmapping methodes, observaties, diepte-interviews, vragenlijst, dagboek, fieldtrial, willingness-to-pay studie	NVT	NVT
Verdeling panel	Niet bekend	Niet bekend	NVT	Niet bekend	NVT	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	Niet bekend	- Internettoegang thuis, bezit van computer - Met en zonder vertrouwde smartphone of tablet, met beperkte en ruime affiniteit met het web, verschillende leeftijden, familie en niet-familie, wel en niet Engels verstaan, ver en dicht wonen, wel en niet beroepsactief	NVT	NVT

Legende: Expliciet vermeld, niet bekend of impliciet vermeld, niet aanwezig of niet van toepassing, (A) mantelzorgers includeren is aanbevolen, (O) mantelzorgers wordt niet gezien als participant met als ondersteuning voor de ouderen

Bijlage 20: Visie van de projecten op mantelzorg

	LiCalab		Actief Zorgzame Buurten		InnovAGE		AIPA		CareVille				Online Buurten	
	Thuislevering geneesmiddelen	Topshake	Casemanagement/trajectbegeleiding	OPA	Informele (buurt)zorgnetwerken	Diabetesmanagement	Therapierouw thuiswonende ouderen	Ouderentets	Pro DoMO	Cardiocoach	IMV	Jobtime	Veilige mobiliteit bij senioren	Wijk aanzet
Vermelding mantelzorg in proposal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Visie op mantelzorg	Dalende mantelzorg ratio	Ondersteunen van mantelzorg nodig zodat ouderen met dementie langer thuis kunnen wonen	Niet beschreven	Niet beschreven	- Hoge druk op mantelzorg - Weinig erkenning voor mantelzorgers - Spanningsveld met professionele zorgverleners	Mantelzorgers hebben een belangrijke rol in de zorg voor ouderen met diabetes	Degelijke kennis van mantelzorgers belangrijk	Niet beschreven	Niet beschreven	Niet beschreven	Ondersteunen van mantelzorg nodig zodat ouderen langer en kwaliteitsvol thuis kunnen wonen	Niet beschreven	Mantelzorgers hebben een belangrijke rol in het vervoer van ouderen en diagnosticeren van problemen in het rijgedrag	- Mantelzorgers kunnen ouderen stimuleren om innovaties te gebruiken - Draaglast van mantelzorgers dient verlaagd te worden en draagkracht verhoogd

Legende: expliciet vermeld, impliciet vermeld, niet vermeld

	LiCalab		Actief Zorgzame Buurten	InnovAGE		AIPA				CareVille	Online Buurten	
	Sociaal makelaar	Troeven	NVT	VAL-Net	Preventie ongeplande heropnames	Revalidatie patiënten herseneninfarc t kortverblijf	Therapietrou w centrum	Woonzorgwij ken	LIATO	DiOTTO	NVT	NVT
Vermelding mantelzorg in proposal	Ja	Ja	NVT	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	NVT	NVT
Visie op mantelzorg	Dalende mantelzorg ratio	Mantelzorger s dienen ondersteund en ontlast te worden	NVT	Door de therapietrou w van ouderen te verhogen stijgt de draagkracht en daalt de draaglast van mantelzorger s	Minder heropnames zorgen voor een ontlasting van mantelzorger s	- Ondersteune n van mantelzorg nodig zodat ouderen langer thuis kunnen wonen - Tevredenhei d mantelzorger s stijgt bij sneller ontslag oudere	Mantelzorger s hebben een belangrijke in rol in het bevorderen van de therapietrou w van ouderen	Niet beschreven	Niet beschreven	Ondersteune n van mantelzorg nodig zodat ouderen langer thuis kunnen wonen	NVT	NVT

Legende: expliciet vermeld, impliciet vermeld, niet vermeld

Bijlage 21: Focus op de verschillende componenten van draaglast en draagkracht van de platformen

	LiCalab	Actief Zorgzame Buurten	InnovAGE	AIPA	CareVille	Online Buurten
Innovatie gericht op verminderen belasting	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Fysiek	Nee	Kleine/grote woningaanpassingen of het gebruik van gepaste hulpmiddelen	Nee	Kleine/grote woningaanpassingen of het gebruik van gepaste hulpmiddelen	Nee	Nee
Mentaal	Veiliger gevoel creëren door deel uit te maken van platform	Nee	Nee	Nee	Nee	Emotionele overbelasting voorkomen via nieuwe vormen van solidariteit
Sociaal	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Financieel	Betaalbare zorg aanbieden	Beschermen tegen negatieve fiscale gevolgen	Focus op kosteneffectiviteit	Betaalbare oplossingen aanbieden	Betaalbaarheid bewaken	Nee
Tijd	Ontlasting in takenpakket	Nee	Nee	Optimaliseren tijdsbesteding door beperken verplaatsingstijd, combineren van taken, technologische ondersteuning, ...	Nee	Nee
Innovatie gericht op verhogen draagkracht	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Fysiek	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Mentaal/coping	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Sociaal	Focus op uitbouw sociaal netwerk	Focus op buurtwerking	Duurzame buurtzorgnetwerken opbouwen via communicatietechnologie	Doorbreken sociaal isolement via buurtwerking	Breed netwerk van mantelzorgers opzetten	Focus op buurtwerking
Kennis en vaardigheden	Nee	-Opzetten digitaal informatie-, communicatie- en dienstenplatform aangevuld met zorginformatiepunt - Adviesverlening en aanleren van praktische vaardigheden door experts vanuit het WZC	Nee	Nee	Nee	Privéforum voor mantelzorgers
Professionele ondersteuning	Streven naar betere samenwerking tussen zorgactoren via digitale communicatietool	Streven naar betere communicatie tussen zorgactoren via digitale communicatietool	Focus op geïntegreerde samenwerking	Nee	Nee	Streven naar betere communicatie tussen zorgactoren via digitale communicatietool

Legende:  impliciet aanwezig,  expliciet aanwezig,  niet aanwezig